

# **Intervenção Psicomotora na Promoção do Desenvolvimento Infantil e nas Perturbações do Desenvolvimento na Associação Crescer com Sentido**

Relatório de Estágio elaborado com vista à obtenção do Grau de Mestre em  
Reabilitação Psicomotora

Orientador: Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Júri:

Presidente

Professor Doutor Rui Fernando Roque Martins

Vogais

Professor Doutor Vítor Manuel Lourenço da Cruz

Professor Doutor Marco Paulo Maia Ferreira

Cristina Albano Rodrigues

2019

## **Agradecimentos**

Manifesto o meu agradecimento a todas as pessoas que me acompanharam e apoiaram durante esta etapa.

Ao corpo docente do Curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, pela formação de excelência que me permitiu adquirir muito conhecimento e experiência profissional.

Ao Professor Doutor Vítor Cruz, orientador académico, pela sua disponibilidade no esclarecimento de dúvidas e na partilha de conhecimento e opiniões.

À Dra. Cristina Vieira, orientadora local, por ser um excelente exemplo enquanto psicomotricista, pela forma atenciosa com que me integrou e ajudou em qualquer dificuldade que surgisse e pela confiança depositada nas minhas capacidades.

À equipa da Associação Crescer com Sentido, pelo carinho com que me acolheu e pela partilha de saberes e opiniões.

Às crianças e respetivas famílias que me deram a oportunidade de as acompanhar.

Aos profissionais das creches e escolas que me receberam e ajudaram.

À minha família, pelo apoio incondicional e por me dar a possibilidade de concluir esta etapa.

Aos meus amigos e colegas que estiveram presentes desde o início desta caminhada.

**A todos, muito obrigada!**

**Resumo:** No âmbito da unidade curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa, o presente relatório tem como objetivo descrever e refletir o trabalho desenvolvido no estágio profissionalizante durante o ano letivo 2017/2018. O estágio foi realizado na Associação Crescer com Sentido, onde foram acompanhados 24 casos com idades compreendidas entre os 9 meses e os 18 anos. Da população atendida, 4 crianças (3 com desenvolvimento típico e 1 com atraso global do desenvolvimento) e 1 jovem com multideficiência foram acompanhadas em intervenção psicomotora individual; 19 crianças formaram um grupo ao qual se aplicou um programa de promoção de competências sociais; e, deste grupo, 1 criança com atraso global do desenvolvimento também recebeu apoio psicopedagógico. Para todos os casos são apresentados os processos de intervenção bem como as fundamentações teóricas associadas.

**Palavras-chave:** apoio psicopedagógico, Associação Crescer com Sentido, avaliação, desenvolvimento infantil, estágio, estudo de caso, intervenção psicomotora, perturbações do desenvolvimento, promoção de competências sociais.

**Abstract:** Within the scope of the curricular unit of Deepening of Professional Competences of the second year of the Master in Psychomotor Rehabilitation of the Faculty of Human Motricity in the University of Lisbon, this report aims to describe and reflect the work developed in the vocational training during the academic year 2017/2018. The internship was held at the Associação Crescer com Sentido, where 24 cases were followed between the ages of 9 months and 18 years. Of the population served, 4 children (3 with typical development and 1 with global developmental delay) and 1 with multideficiency, were individually monitored in psychomotor intervention; 19 children formed the group to which a social skills promotion program was implemented; and from this group, 1 child with development delay also received psychopedagogical support. For all cases the intervention processes as well as the associated theoretical bases are presented.

**Keywords:** Associação Crescer com Sentido, case study, child development, developmental disorders, evaluation, internship, psychomotor intervention, psychopedagogical support, promotion of social skills.

# Índice Geral

Índice Geral .....	iii
Índice de Tabelas .....	vi
Índice de Figuras .....	vii
Lista de Abreviaturas .....	vii
Introdução.....	1
<b>Parte I – Enquadramento da Prática Profissional</b> .....	<b>2</b>
1. Enquadramento Institucional Formal.....	2
1.1. Apresentação, Missão e Objetivos.....	2
1.2. População Atendida.....	2
1.3. Recursos Humanos e Serviços.....	3
1.4. Recursos Materiais .....	3
1.5. Funcionamento, Organização e Organograma .....	3
1.6. Projetos .....	5
1.7. Parcerias .....	5
1.7.1. Caracterização do Externato <i>A Ritinha</i> .....	5
1.7.2. Caracterização do Colégio Saint Daniel Brottier .....	6
1.7.3. Caracterização do Centro Paroquial São João de Brito .....	7
1.7.4. Caracterização do Colégio Oriente.....	7
2. Enquadramento Teórico.....	8
2.1. Desenvolvimento Infantil.....	8
2.1.1. Desenvolvimento Psicomotor .....	10
2.1.2. Desenvolvimento Psicossocial .....	12
2.2. Perturbações do Desenvolvimento .....	14
2.2.1. Atraso Global do Desenvolvimento.....	14
2.2.2. Multideficiência por Translocação do Cromossoma X-13 .....	16
2.2.3. Perturbações Específicas da Linguagem.....	19
2.3. Intervenção Psicomotora .....	20
2.4. Promoção de Competências Sociais .....	23
2.5. Apoio Psicopedagógico .....	25
<b>Parte II – Realização da Prática Profissional</b> .....	<b>28</b>
1. Descrição Geral das Atividades de Estágio.....	28
1.1. Organização das Atividades de Estágio.....	28
1.2. Casos Acompanhados.....	29
1.3. Processo de Intervenção .....	30
1.4. Atividades Complementares .....	31
1.4.1. Reuniões de Equipa na ACCS .....	31

1.4.2. Reuniões com a Orientadora Local e as Colegas de Estágio do 1.º Ciclo .....	32
1.4.3. Reuniões com os Pais.....	32
1.4.4. Observação de Sessões de Terapia da Fala.....	32
1.4.5. 1.ª Semana de Reabilitação Psicomotora.....	33
2. Projeto <i>Crescer na Escola</i> no Externato <i>A Ritinha</i> .....	33
2.1. Metodologia .....	33
2.1.1. Caracterização dos Casos.....	33
2.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Schedule of Growing Skills II .....	34
2.2. Procedimentos.....	36
2.3. Avaliação Inicial.....	36
2.3.1. Apresentação de Resultados.....	36
2.4. Plano de Intervenção.....	37
2.5. Descrição da Intervenção .....	39
2.6. Avaliação Final .....	40
2.6.1. Apresentação de Resultados.....	40
2.7. Discussão de Resultados .....	41
2.8. Conclusões.....	42
3. Programa de Promoção de Competências Sociais no Colégio Saint Daniel Brottier ...	43
3.1. Caracterização do Programa de Promoção de Competências Sociais .....	43
3.2. Metodologia .....	45
3.2.1. Caracterização do Grupo.....	45
3.2.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Sociograma.....	46
3.3. Procedimentos.....	46
3.4. Avaliação Inicial.....	47
3.4.1. Apresentação de Resultados.....	47
3.5. Descrição da Intervenção .....	48
3.6. Avaliação Final .....	48
3.6.1. Apresentação de Resultados.....	48
3.7. Discussão de Resultados .....	49
3.8. Conclusões.....	51
4. Estudo de Caso PD.....	52
4.1. Metodologia .....	52
4.1.1. Caracterização do Caso .....	52
4.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação – Checklist de Observação .....	53
4.2. Procedimentos.....	54
4.3. Avaliação Inicial.....	54
4.3.1. Apresentação de Resultados.....	54

4.4. Plano de Intervenção.....	55
4.5. Descrição da Intervenção .....	57
4.6. Avaliação Final .....	58
4.6.1. Apresentação de Resultados.....	58
4.7. Discussão de Resultados .....	59
4.8. Conclusões.....	60
5. Estudo de Caso AF .....	61
5.1. Metodologia .....	61
5.1.1. Caracterização do Caso .....	61
5.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Schedule of Growing Skills II .....	62
5.2. Procedimentos.....	62
5.3. Avaliação Inicial.....	62
5.3.1. Apresentação de Resultados.....	63
5.4. Plano de Intervenção.....	65
5.5. Descrição da Intervenção .....	66
5.6. Avaliação Final .....	67
5.6.1. Apresentação de Resultados.....	67
5.7. Discussão dos Resultados.....	68
5.8. Conclusões.....	70
6. Estudo de Caso MP .....	70
6.1. Metodologia .....	71
6.1.1. Caracterização do Caso .....	71
6.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação – Inventário para Observação do Desenvolvimento .....	72
6.2. Procedimentos.....	72
6.3. Avaliação Inicial.....	73
6.3.1. Apresentação de Resultados.....	73
6.4. Plano de Intervenção.....	77
6.5. Descrição da Intervenção .....	78
6.6. Avaliação Final .....	79
6.6.1. Apresentação de Resultados.....	79
6.7. Discussão de Resultados .....	81
6.8. Conclusões.....	83
Conclusão.....	84
Referências Bibliográficas .....	87
Anexos .....	96
Anexo A – Descrição do Método Pedagógico Movimento da Escola Moderna .....	96

Anexo B – Póster de Estágio .....	96
Anexo C – Ficha de Registo Schedule of Growing Skills II .....	96
Anexo D – Anamneses das Crianças do Externato <i>A Ritinha</i> .....	96
Anexo E – Planeamentos e Observações das Crianças do Externato <i>A Ritinha</i> .....	96
Anexo F – Sociograma .....	96
Anexo G – Planeamentos das Sessões do Programa de Promoção de Competências Sociais.....	96
Anexo H – Testemunhos dos Alunos que Participaram no Programa de Promoção de Competências Sociais .....	96
Anexo I – Checklist de Observação .....	96
Anexo J – Anamnese do Estudo de Caso PD .....	96
Anexo L – Observações do Comportamento e Desempenho do PD em Sala de Aula .....	96
Anexo M – Anamnese do Estudo de Caso AF .....	96
Anexo N – Planeamentos e Observações das Sessões do AF .....	96
Anexo O – Imagens dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do AF.....	96
Anexo P – Ficha de Registo do Inventário para Observação do Desenvolvimento .....	96
Anexo Q – Planeamentos e Observações das Sessões da MP .....	96

## Índice de Tabelas

Tabela 1 - Principais características do desenvolvimento psicossocial na infância (Papaila e Feldman, 2013).....	13
Tabela 2 - Características pessoais e da intervenção dos casos acompanhados no Externato <i>A Ritinha</i> e do grupo do Colégio Saint Daniel Brottier. ....	29
Tabela 3 - Características pessoais e da intervenção dos estudos de caso.....	30
Tabela 4 - Caracterização estrutural da SGS II (Bellman et al., 1996; Fritz et al., 1999a, 1999b). ....	35
Tabela 5 - Características gerais dos planos de intervenção das crianças do Externato <i>A Ritinha</i> . ....	38
Tabela 6 - Objetivos de intervenção da MI.....	38
Tabela 7 - Objetivos de intervenção do PT. ....	38
Tabela 8 - Objetivos de intervenção da MM.....	39
Tabela 9 - Caracterização demográfica do grupo. ....	45
Tabela 10 - Resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação inicial do grupo. ....	47
Tabela 11 - Resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação final do grupo.....	49
Tabela 12 - Características gerais do plano de intervenção do PD.....	55
Tabela 12 (cont.) - Características gerais do plano de intervenção do PD. ....	56
Tabela 13 - Objetivos de intervenção do PD.....	56

Tabela 14 - Características gerais do plano de intervenção do AF. ....	65
Tabela 15 - Objetivos de intervenção do AF. ....	65
Tabela 16 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento psicomotor.....	73
Tabela 16 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento psicomotor. .....	74
Tabela 17 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento cognitivo.....	74
Tabela 18 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem....	74
Tabela 18 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem. ....	75
Tabela 18 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem. ....	76
Tabela 19 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências sociais. ....	76
Tabela 20 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências sociais. ....	76
Tabela 21 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências pré-escolares. ....	77
Tabela 22 - Características gerais do plano de intervenção da MP.....	77
Tabela 23 - Objetivos de intervenção da MP. ....	78
Tabela 24 - Resultados da avaliação final da MP no desenvolvimento psicomotor.....	80
Tabela 25 - Resultados da avaliação final da MP nas competências sociais. ....	81

## Índice de Figuras

Figura 1 - Organograma da ACCS (adaptado de ACCS, 2015, p.22).....	4
Figura 2 - Sistema Psicomotor Humano (Fonseca, 2010, p. 264). ....	11
Figura 3 - Características e Necessidades de Crianças com Multideficiência (adaptado de Nunes e Amaral, 2008, p. 5). ....	17
Figura 4 - Causas da multideficiência (adaptado de Kirk e Gallagher, 1991, p. 416).....	18
Figura 5 - Horário de estágio. ....	28
Figura 6 - Perfis de desenvolvimento intraindividuais iniciais das crianças do Externato A <i>Ritinha</i> . ....	37
Figura 7 - Perfis de desenvolvimento intraindividuais finais das crianças do Externato A <i>Ritinha</i> . ....	40
Figura 8 - Perfil de desenvolvimento intraindividual inicial do AF. ....	63
Figura 9 - Perfil de desenvolvimento intraindividual final do AF. ....	67

## Lista de Abreviaturas

AAP – Associação Portuguesa de Psicomotricidade  
 ACCS – Associação Crescer com Sentido



AGD – Atraso Global do Desenvolvimento  
APA - American Psychiatric Association  
APCS – Associação Portuguesa de Crianças Sobredotadas  
CCD - Council on Children with Disabilities  
DSM-5 – Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais  
GOC – Grelha de Observação do Comportamento  
IOD – Inventário para Observação do Desenvolvimento  
IPSS – Instituição Particular de Solidariedade Social  
NEE – Necessidades Educativas Especiais  
PD – Perturbações do Desenvolvimento  
PEL – Perturbações Específicas da Linguagem  
PPCS – Programa de Promoção de Competências Sociais  
SGS II – Schedule of Growing Skills II  
SPMH – Sistema Psicomotor Humano  
SPNP - Sociedade Portuguesa de Neuropediatria  
SPSS - Statistical Package for the Social Sciences  
WHO - World Health Organization

## Introdução

O presente relatório retrata as atividades desenvolvidas no estágio profissionalizante no ano letivo 2017/2018, no âmbito da unidade curricular Ramo de Aprofundamento de Competências Profissionais do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana da Universidade de Lisboa.

De acordo com o artigo 5.º das Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016), foram delineados três objetivos gerais para o estágio profissionalizante: a) estimular o domínio do conhecimento aprofundado no âmbito da Reabilitação Psicomotora (dirigida às pessoas com situações de deficiência, perturbações e desordens/distúrbios), nas suas vertentes científicas e metodológica, promovendo uma competência reflexiva multidisciplinar; b) desenvolver a capacidade de planeamento, gestão e coordenação de serviços e/ou programas de Reabilitação Psicomotora, nos diferentes contextos e domínios de intervenção; e c) desenvolver a capacidade para prestar um contributo inovador na conceção e implementação de novos conhecimentos e novas práticas, bem como no desenvolvimento de novas perspetivas profissionais e políticas, visando o desenvolvimento do enquadramento profissional e científico da área.

O estágio foi concretizado na Associação Crescer com Sentido (ACCS), uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) que apresenta como principal missão a prestação de apoio ao nível da avaliação, diagnóstico e intervenção especializada a crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais e Perturbações do Desenvolvimento e respetivas famílias. A ACCS faculta serviços nas áreas da avaliação psicopedagógica, da psicomotricidade, da terapia da fala, da intervenção precoce, da psicologia clínica, do apoio psicopedagógico, da orientação escolar e vocacional e do método de Davis (Associação Crescer com Sentido [ACCS], 2017).

Pretendeu-se que a estagiária desenvolvesse conhecimentos no âmbito do desenvolvimento infantil e na adolescência, bem como competências profissionais na realização da intervenção. Foram acompanhados 24 casos com idades compreendidas entre os 9 meses e os 18 anos. Da população atendida, 4 crianças (3 com desenvolvimento típico e 1 com atraso global do desenvolvimento) e 1 jovem com multideficiência foram acompanhadas em intervenção psicomotora individual; 19 crianças formaram um grupo ao qual se aplicou um programa de promoção de competências sociais; e, deste grupo, 1 criança com atraso global do desenvolvimento também recebeu apoio psicopedagógico.

O relatório divide-se em duas partes principais. A primeira parte abrange o enquadramento da prática profissional, na qual é apresentada a caracterização da instituição e a revisão da literatura acerca da população-alvo e das metodologias de intervenção. A segunda parte consiste na descrição geral das atividades de estágio e no relato dos processos de intervenção dos casos acompanhados.

# **Parte I – Enquadramento da Prática Profissional**

A primeira parte do relatório é constituída por matéria que permite enquadrar a prática profissional, organizando-se em dois capítulos. O primeiro capítulo refere-se ao enquadramento institucional, sendo feita a caracterização da Associação Crescer com Sentido. O segundo capítulo apresenta o enquadramento teórico, baseado numa bibliografia de carácter científico, sobre as características da população-alvo abrangida no estágio e os modelos de intervenção utilizados com os casos acompanhados.

## **1. Enquadramento Institucional Formal**

O estágio decorrente do segundo ano do Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana no ano letivo 2017/2018, permitiu a estagiária integrar e participar no contexto profissional da Associação Crescer com Sentido. Esta instituição é caracterizada neste capítulo, que está organizado em sete subcapítulos: apresentação, missão e objetivos; população atendida; recursos humanos e serviços; recursos materiais; funcionamento, organização e organograma; projetos; e parcerias (caracterização do Externato *A Ritinha*, do Colégio Saint Daniel Brottier, do Centro Paroquial São João de Brito e do Colégio Oriente).

### **1.1. Apresentação, Missão e Objetivos**

A Associação Crescer com Sentido (ACCS) foi fundada em fevereiro de 2011 como Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS). Numa perspetiva global e sistémica do desenvolvimento, tem como principal missão facultar apoio ao nível da avaliação, diagnóstico e intervenção especializada a crianças e jovens com Necessidades Educativas Especiais (NEE) e Perturbações do Desenvolvimento (PD), recorrendo a uma equipa multidisciplinar de profissionais das áreas da saúde e da educação. Esta equipa responsabiliza-se ainda por apoiar e comunicar com as respetivas famílias, escolas e restante rede de apoio social disponível (ACCS, 2013c, 2017).

Adicionalmente, a ACCS pretende promover a investigação e a formação contínua, tanto dos seus colaboradores diretos como de outros profissionais das áreas da saúde e da educação (ACCS, 2013c, 2017).

### **1.2. População Atendida**

A ACCS destina-se essencialmente a crianças e jovens com NEE e PD (ACCS, 2013c, 2015, 2017), abrangendo um largo espectro de patologias. Durante o ano letivo 2017/2018, a população atendida apresentava uma faixa etária entre os 3 e os 21 anos de idade com diversas perturbações, nomeadamente: atraso do desenvolvimento psicomotor, dificuldades de aprendizagem específicas (dislexia, disortografia, disgrafia e discalculia),

perturbação do desenvolvimento socio emocional, perturbação do comportamento, perturbação da hiperatividade e défice de atenção, perturbação da ansiedade, atraso de desenvolvimento da linguagem, perturbação específica da linguagem, perturbação articulatória, entre outros, referido pela equipa multidisciplinar da ACCS (comunicação pessoal, 22 novembro, 2017).

### **1.3. Recursos Humanos e Serviços**

No ano letivo 2017/2018, a equipa multidisciplinar da ACCS dispunha de três psicomotricistas, duas terapeutas da fala e duas psicólogas clínicas, que tinham a responsabilidade de assegurar os serviços nas áreas da avaliação psicopedagógica, da psicomotricidade, da terapia da fala, da intervenção precoce, da psicologia clínica, do apoio psicopedagógico, da orientação escolar e vocacional e do método de Davis (ACCS, 2013c, 2013b, 2017).

### **1.4. Recursos Materiais**

A ACCS encontra-se sediada na Avenida de Berna, em Lisboa, num apartamento com quatro salas de atendimento destinadas à avaliação e intervenção em psicologia clínica, educação especial e reabilitação e terapia da fala, uma sala de atendimento específica para a avaliação e intervenção em psicomotricidade, uma sala de trabalho reservada à equipa técnica, uma sala de espera e duas casas de banho. Todas as salas dispõem de um conjunto de materiais fundamentais e facilitadores ao atendimento (ACCS, 2015).

As salas de atendimento têm diferentes características em função do tipo de serviço prestado, sendo que as salas destinadas à terapia da fala e psicologia clínica encontram-se mais orientadas para o trabalho de mesa, enquanto as restantes apresentam um espaço para o trabalho de mesa e outro espaço para o trabalho de ginásio. Apesar desta organização, caso seja necessário, os técnicos podem utilizar as salas que não estão destinadas ao apoio que será prestado (comunicação pessoal, 10 outubro, 2017).

### **1.5. Funcionamento, Organização e Organigrama**

A ACCS funciona semanalmente, de segunda-feira a sábado, das 8h30 às 21h00. Neste horário são prestadas consultas ou sessões regulares com a duração de 50 minutos e consultas de avaliação que podem ter uma duração entre 50 a 120 minutos. O horário bem como local para o atendimento é acordado entre o técnico e o responsável legal de cada cliente, sendo que o serviço pode ser facultado na sede ou noutro local (e.g. escola, domicílio, etc.), consoante as necessidades de intervenção e a disponibilidade de ambos e dos espaços (ACCS, 2015).

O preçário em vigor na ACCS é atualizado anualmente, variando de acordo com o tipo e frequência do serviço prestado e com o local de intervenção (fora da sede, é acrescido o valor da deslocação do técnico) (ACCS, 2015). Para que seja assegurada a prestação de serviços aos associados em condições específicas, a associação atribui anualmente Bolsas Sociais a um número limitado de famílias, em função do seu rendimento e estabelece protocolos com entidades parceiras, de forma a que uma parte dos custos seja comparticipada (ACCS, 2015, 2017). Desta forma, a ACCS garante o seu funcionamento a partir das receitas geradas pelos serviços prestados, apoios (maioritariamente materiais), donativos pontuais e quotas dos associados (ACCS, 2017).

Relativamente ao processo de admissão, primeiramente é necessário que a pessoa se candidate a sócia da associação e preencha uma ficha de admissão. Posteriormente, a candidatura é analisada pela direção e, caso seja aceite, é atribuído ao associado uma de três categorias: efetivo, aderente ou honorário. Após estes procedimentos, é concretizada uma reunião com o associado que objetiva a recolha de dados de anamnese e o planeamento da avaliação e/ou intervenção, iniciando-se assim a prestação de serviços a que a associação se propõe (ACCS, 2015).

A organização interna da associação é apresentada no organigrama que se segue (figura 1), esquematizando os diferentes conselhos e departamentos existentes (ACCS, 2015).

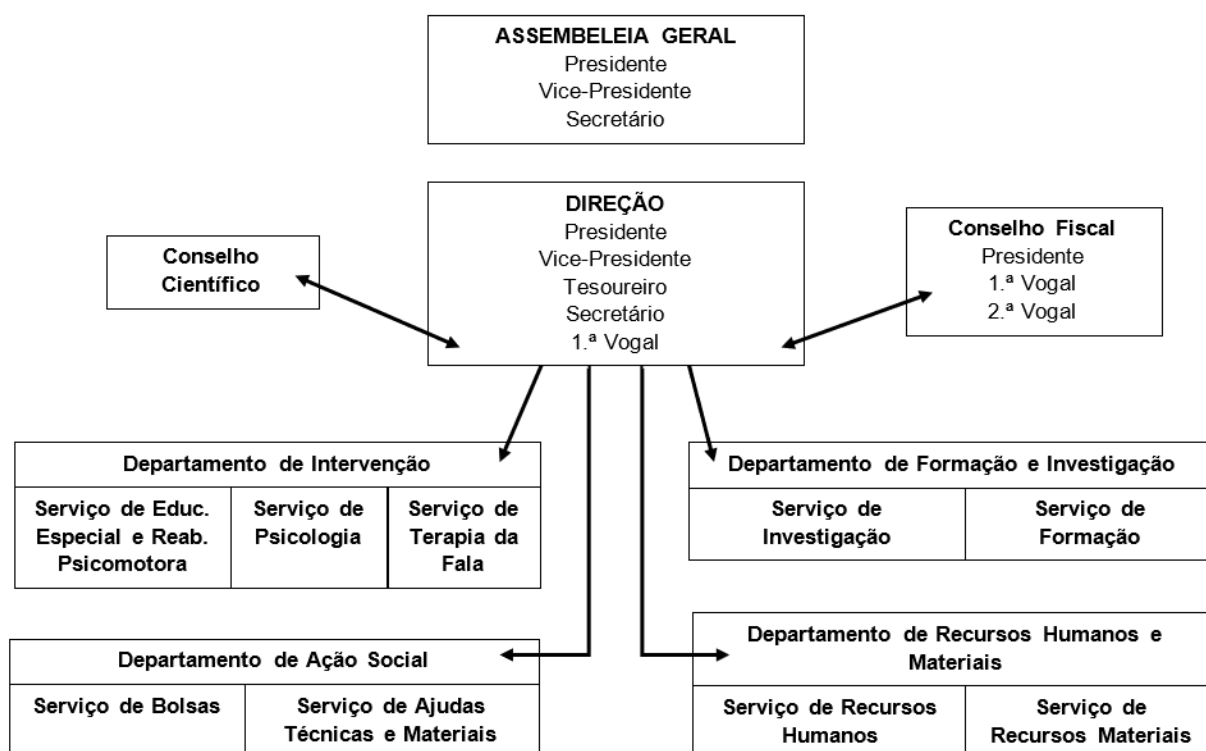


Figura 1 - Organigrama da ACCS (adaptado de ACCS, 2015, p.22).

## **1.6. Projetos**

No ano letivo 2017/2018, decorriam quatro projetos na ACCS. O projeto Crescer na Escola inclui três vertentes: Crescer no Inglês, que pretende sensibilizar as crianças do pré-escolar para a aprendizagem do inglês; Crescer com a Psicomotricidade, que através da psicomotricidade objetiva promover o desenvolvimento global da criança; e Crescer com a Filosofia, que consiste na estimulação do pensamento crítico e reflexivo em crianças do pré-escolar através de oficinas práticas de filosofia (ACCS, 2013a, 2017).

O segundo projeto é designado por Clube Crescer, que consiste na organização de atividades aos fins-de-semana e nos períodos de interrupção letiva, para crianças e jovens bem como para as respetivas famílias (ACCS, 2013a, 2017).

Outro dos projetos é o Escolher com Sentido, um programa de orientação vocacional que pretende promover o autoconhecimento e a reflexão dos alunos e suas famílias, baseando-se num processo orientado de escolhas futuras em termos profissionais. Pode decorrer na associação ou nas escolas (ACCS, 2013a, 2017).

O último projeto é o Crescer na Formação, que apresenta um programa anual de cursos e oficinas de trabalho com diversas temáticas, destinando-se a profissionais das áreas da educação e da saúde (ACCS, 2013a, 2017).

## **1.7. Parcerias**

Como foi referido anteriormente, os serviços prestados pela ACCS podem ocorrer noutros locais além da sua sede, por isso são estabelecidos protocolos de colaboração com entidades parceiras, como é o caso das creches e escolas (ACCS, 2015, 2017). Dessas instituições fazem parte o Externato *A Ritinha*, o Colégio Saint Daniel Brottier, o Centro Paroquial São João de Brito e o Colégio Oriente, nas quais decorreram as atividades de estágio. Desta forma, será apresentada uma breve caracterização dessas instituições.

### **1.7.1. Caracterização do Externato *A Ritinha***

O Externato *A Ritinha* é uma instituição privada que foi fundada há mais de 35 anos e, tem como principal missão promover a aprendizagem num ambiente familiar, estimulando a criança a explorar e exercitar as suas capacidades. Esta instituição destina-se a crianças dos 3 meses até ao 1.º ciclo do ensino básico, recorrendo a uma equipa de oito profissionais da área da educação para prestar serviços em três níveis: berçário e creche (3 meses até 3 anos); jardim-de-infância e pré-primária (3 até 6 anos); e 1.º ciclo do ensino básico (maiores de 6 anos). Estes serviços são prestados semanalmente ao longo do ano, de segunda-feira a sexta-feira, das 7h30 às 19h, nos quais são proporcionadas às crianças diversas atividades curriculares e extracurriculares, entre as quais a psicomotricidade (Externato *A Ritinha*, s/d e, s/d d, 2018).

Além disso, o Externato disponibiliza o seu espaço para a realização de festas (e.g. aniversários, chá de bebé, etc.) e presta serviços de *babysitting*, de forma a responder às necessidades das famílias (Externato *A Ritinha*, s/d a, s/d c).

O Externato *A Ritinha* localiza-se na Avenida António Augusto de Aguiar, em Lisboa, dividindo-se em dois apartamentos, um destina-se às crianças do berçário e creche e o outro às crianças do jardim-de-infância, pré-primária e 1.º ciclo do ensino básico. Ambos dispõem de um conjunto de espaços e recursos materiais que asseguram a prestação dos serviços propostos (Externato *A Ritinha*, s/d b).

Uma vez que o estágio decorreu no âmbito do berçário e creche, o apartamento destinado ao mesmo será descrito mais pormenorizadamente. Este espaço apresenta quatro salas para a concretização das atividades curriculares, uma casa de banho, um refeitório e duas salas para a arrumação de materiais (e.g. jogos, carrinhos).

### **1.7.2. Caracterização do Colégio Saint Daniel Brottier**

O Colégio Saint Daniel Brottier é uma escola privada que foi fundada em 2006 e, tem como principal missão educar na qualidade e nos valores, recorrendo a práticas pedagógicas, baseadas na filosofia do Movimento da Escola Moderna (este modelo pedagógico diferenciado encontra-se descrito no anexo A), que visam o sucesso educativo e o desenvolvimento equilibrado e harmonioso das crianças. Neste sentido, apresenta uma oferta educativa para crianças do berçário e creche (4 meses até 2 anos), do jardim-de-infância (3 até 5 anos) e do 1.º e 2.º ciclos do ensino básico, estando aberto das 8h às 19h30 em que as atividades curriculares decorrem entre as 9h e 18h e, de acordo com o calendário escolar. Nesta oferta educativa, também é valorizada a internacionalização da educação, isto é, a aprendizagem da língua inglesa, sendo que a partir do 1.º ciclo são facultadas aulas de inglês aos alunos. Além disso, são disponibilizadas atividades de complemento curricular (e.g. natação, ballet, piano) (Colégio Saint Daniel Brottier, 2017a, 2017b, 2017d, 2017g, 2017h, 2017i, 2017j, 2017k e 2018).

O Colégio abrange um conjunto de profissionais, essencialmente da área da educação, que garantem o seu funcionamento e, por sua vez, o cumprimento dos objetivos propostos (Colégio Saint Daniel Brottier, 2017f).

O Colégio Saint Daniel Brottier localiza-se na Avenida Almirante Gago Coutinho, em Lisboa, dividindo-se em três edifícios, um destinado às crianças do berçário, creche e jardim-de-infância, outro às crianças do pré-escolar (5 anos) e do 1.º ciclo do ensino básico e o restante às crianças do 2.º ciclo do ensino básico. Todos os edifícios estão devidamente equipados para a realização das atividades letivas, em função do nível de escolaridade (Colégio Saint Daniel Brottier, 2017c).

Dado que o estágio decorreu no âmbito do 1.º ciclo, o espaço destinado ao mesmo será descrito mais pormenorizadamente. Neste edifício existem quatro andares: no andar

inferior encontra-se o refeitório; o rés-de-chão é constituído pela entrada/receção, a sala de direção, a sala do pré-escolar, instalações sanitárias e o espaço exterior, no qual existe um campo de jogos, um baloiço e outro edifício com a biblioteca e o ginásio; o primeiro piso é composto pelas salas do 1.º e 2.º anos e por instalações sanitárias; e no segundo piso localizam-se as salas do 3.º e 4.º anos (Colégio Saint Daniel Brottier, 2017e).

### **1.7.3. Caracterização do Centro Paroquial São João de Brito**

O Centro Paroquial São João de Brito é uma Instituição Particular de Solidariedade Social que foi fundada em 1972. A sua principal missão é apoiar socialmente famílias, crianças, jovens e idosos da respetiva localidade, baseando-se nos valores do evangelho, verdade, fraternidade e caridade para promover o desenvolvimento da comunidade. Esta instituição é constituída por uma equipa multidisciplinar que presta serviço em seis vertentes: atendimento/acompanhamento social (78 famílias – 189 pessoas); jardim-de-infância (95 crianças); residência temporária de idosos (29 utentes); centro de dia (60 utentes); serviço de apoio ao domicílio (114 utentes); e convívio de idosos (10 utentes) (Centro Paroquial São João de Brito, 2018).

A sede do Centro Paroquial São João de Brito localiza-se no largo Frei Heitor Pinto, em Lisboa, e funciona semanalmente, de segunda-feira a sexta-feira das 9h30 às 18h30 (Centro Paroquial São João de Brito, 2018).

As atividades de estágio foram desenvolvidas somente no âmbito do jardim-de-infância, por isso irei descrever particularmente as características físicas e materiais desse espaço. Este edifício é constituído por: receção, onde existe um escritório/sala de trabalho para reuniões e, uma casa de banho para adultos juntamente a uma pequena arrecadação com múltiplos materiais; seis salas de trabalho com muitos materiais para a concretização das atividades letivas; um espaço de convívio; duas casas de banho para as crianças; dois refeitórios, um dos quais não se encontra em funcionamento, mas o respetivo espaço para se efetuar as refeições continua a ser utilizado; e um espaço exterior com diversos equipamentos de entretenimento (e.g. baloiços, escorrega, etc.).

### **1.7.4. Caracterização do Colégio Oriente**

O Colégio Oriente foi fundado em 2009 como instituição privada e, tem como principais objetivos promover o desenvolvimento do trabalho pedagógico e didático e a melhoria contínua dos serviços prestados. Desta forma, apresenta uma oferta educativa para crianças do pré-escolar (3 até 5 anos) e do 1.º, 2.º e 3.º ciclos do ensino básico, estando aberto das 7h30 às 20h em que as atividades letivas gerais se concretizam entre as 9h e as 17h, em função do calendário escolar anual. Como complemento educativo, o Colégio disponibiliza atividades extracurriculares (e.g. judo, natação, teatro) (Colégio do Oriente, s/d b, s/d d, s/d c, s/d e, s/d a). De modo a assegurar este funcionamento, o Colégio



abrange um conjunto de profissionais, principalmente da área da educação (Colégio do Oriente, s/d f).

Além das valências descritas anteriormente, o Colégio Oriente dispõe de serviços de psicologia e orientação profissional, responsáveis por psicólogos especializados (Colégio do Oriente, s/d f).

O Colégio Oriente localiza-se no Parque das Nações – Parque Tejo, em Lisboa, consistindo num edifício moderno com dois andares organizados em função dos níveis de escolaridade e com um espaço exterior. No interior do edifício existem salas devidamente equipadas para a concretização das atividades curriculares, o ginásio, o refeitório e bar, a papelaria, a reprografia, a biblioteca e centro de recursos, o auditório, as instalações sanitárias e balneários e, o espaço de convívio. O espaço exterior é composto por dois campos de jogos e diversos equipamentos de entretenimento (e.g. baloiços, escorrega) (Colégio do Oriente, s/d d).

## **2. Enquadramento Teórico**

O enquadramento teórico refere-se à revisão da literatura sobre as características da população-alvo abrangidas no estágio e as metodologias de intervenção utilizadas com os casos acompanhados. Primeiramente, será feita uma abordagem ao desenvolvimento infantil e às Perturbações do Desenvolvimento, particularmente ao atraso global do desenvolvimento, à multideficiência por translocação do cromossoma X-13 e às perturbações específicas da linguagem. Posteriormente, serão apresentadas três metodologias de intervenção: intervenção psicomotora, promoção de competências sociais e apoio psicopedagógico.

### **2.1. Desenvolvimento Infantil**

O estudo científico do desenvolvimento humano evolui constantemente. Ao longo do tempo, as metodologias de estudo utilizadas pelos cientistas têm progredido em termos de sofisticação e diversificação, que permitem aumentar o entendimento neste campo (Papalia e Feldman, 2013).

Durante muitos anos as pesquisas sobre o desenvolvimento humano centravam-se em duas perspetivas distintas (Krebs, 2001, 2007). Por um lado, o desenvolvimento humano era explicado à luz das características genéticas e hereditárias relacionadas com a filogénese (e.g. teoria maturacionista de Gesell). Por outro lado, o desenvolvimento humano era fundamentado com base nas características ambientais associadas à ontogénese (e.g. teoria comportamentalista de Watson) (Davies, 2011; Krebs, 2001; Marotz e Allen, 2011).

Este confronto de ideias foi perdendo ênfase enquanto as abordagens integracionistas ganhavam visibilidade. Os pesquisadores em vez de destacarem exclusivamente os fatores inatos ou os fatores adquiridos, começaram a procurar fundir as duas perspectivas, referindo-se ao desenvolvimento humano como o resultado da interação entre esses fatores (Krebs, 2001, 2007; Papalia e Feldman, 2013).

Nesta perspectiva, surgiu a teoria ecológica do desenvolvimento defendida por Bronfenbrenner, que mais tarde foi revista e passou a ser designada por teoria bioecológica do desenvolvimento humano. Este modelo defende que o desenvolvimento representa um fenómeno de transformações das características biopsicológicas do ser humano, que ocorrem ao longo da vida. O desenvolvimento é o resultado da interação entre o ser humano ativo em crescimento e as propriedades, em mudança, dos seus contextos imediatos. Este processo é ainda influenciado pelos contextos mais vastos e as relações entre os contextos que envolvem a pessoa. Desta forma, de acordo com esta teoria, existem quatro dimensões multidirecionais e interrelacionadas: a pessoa (características que facilitam as interações – e.g. o temperamento da pessoa), o processo (e.g. tipos de interações na família), o contexto (e.g. família, vizinhos, sociedade) e o tempo (e.g. alterações ao longo do tempo na pessoa ou no envolvimento) (Bronfenbrenner e Moris, 1998, 2006).

Tendo em conta a importância do ambiente no processo de desenvolvimento, Bronfenbrenner apresenta cinco níveis de influência contextual: microssistema que abrange os contextos imediatos nos quais a pessoa se desenvolve; mesossistema, constituído pelas relações entre dois ou mais microssistemas, nos quais o indivíduo participa ativamente; exossistema que corresponde às estruturas sociais que influenciam o desenvolvimento, nos quais a pessoa não atua diretamente; macrossistema que envolve os sistemas anteriores e é caracterizado pelo conjunto de crenças comuns, valores e ideologias de determinada cultura; e cronossistema, uma dimensão temporal que inclui as mudanças dos eventos da vida que ocorrem ao longo do tempo. Cada indivíduo funciona como uma parte deste conjunto de sistemas que se encaixam uns nos outros, são interdependentes e interagem reciprocamente. Assim é explicado de que forma é que os fatores externos e internos influenciam o desenvolvimento humano (Bronfenbrenner e Moris, 1998, 2006; Newman e Newman, 2017).

O desenvolvimento humano é assim caracterizado por um conjunto de processos de mudança e estabilidade em todos os domínios e que decorrem ao longo da vida, desde a conceção até à maturidade. Este é um processo dinâmico e complexo que resulta da interação entre fatores genéticos e ambientais (Davies, 2011; Nutkins, McDonald e Stephen, 2013; Papalia e Feldman, 2013; Papalia, Olds e Feldman, 2009), tornando cada indivíduo num ser único. Por outro lado, existem determinados padrões em comum que,

por norma, ocorrem em todos os seres humanos, sendo estes que determinam a divisão do ciclo de vida em períodos (Papalia e Feldman, 2013).

Tendencialmente as sociedades industriais ocidentais consideram que o ciclo de vida se divide em oito períodos: pré-natal (da concepção ao nascimento); primeira infância (do nascimento aos 3 anos); segunda infância (3 a 6 anos); terceira infância (6 a 11 anos); adolescência (11 a aproximadamente 20 anos); início da vida adulta (20 a 40 anos); vida adulta (40 a 65 anos); vida adulta tardia (a partir dos 65 anos) (Papalia e Feldman, 2013).

Apesar de os cientistas sugerirem que, para ocorrer um desenvolvimento normal, os indivíduos precisam de satisfazer necessidades básicas e dominar certas tarefas em determinadas idades, existem diferenças individuais (e.g. peso, género, personalidade, contextos de vida, etc.) que tornam os ritmos e os momentos de desenvolvimento muito variáveis entre as pessoas. Contudo, se essa variação atingir extremos, significa que o desenvolvimento pode estar adiantado ou atrasado (Papalia e Feldman, 2013). Assim, o desenvolvimento deve ser analisado tendo em conta os marcos de desenvolvimento previstos e as características individuais inatas e adquiridas/experiência (Papalia et al., 2009).

O desenvolvimento humano apresenta ainda diversos domínios, entre os quais o psicomotor (Fonseca, 2001) e o psicossocial (Marotz e Allen, 2011; Papalia e Feldman, 2013). Uma vez que os projetos realizados no Externato *A Ritinha* e no Colégio Saint Daniel Brottier envolveram estes dois domínios e crianças com idades compreendidas entre os 9 meses e os 7 anos, os mesmos serão descritos seguidamente para os períodos de vida correspondentes.

### **2.1.1. Desenvolvimento Psicomotor**

O desenvolvimento psicomotor centra-se na relação entre a motricidade e o psíquico que integra funções cognitivas, emocionais, simbólicas e corporais do ser humano e, por sua vez, lhe permitem desenvolver a capacidade de ser e agir num contexto biopsicossocial (Fonseca, 2001). Assim, segundo Wallon e Ajuriaguerra (s/d cit. in Fonseca, 2010), o desenvolvimento psicomotor resulta da inter-relação entre os determinantes biológicos e culturais do desenvolvimento, abrangendo o ser humano no seu todo.

Fonseca (2010), baseando-se na teoria de Luria que explica os processos mentais que dão origem à expressão do comportamento humano, propôs a existência do Sistema Psicomotor Humano (SPMH – figura 2). Este sistema compreende a interação entre os sete fatores psicomotores e as três unidades funcionais apresentadas na teoria de Luria. Assim, o SPMH é constituído por estruturas simétricas do sistema nervoso (tronco cerebral, cerebelo, mesencéfalo e diencéfalo), sendo estas responsáveis pela tonicidade, equilíbrio e parte da lateralização. Além disso, o SPMH apresenta também estruturas

assimétricas que dizem respeito aos hemisférios cerebrais e têm funções ao nível da noção do corpo, da estruturação espacial e temporal e das praxias global e fina (Fonseca, 2010).

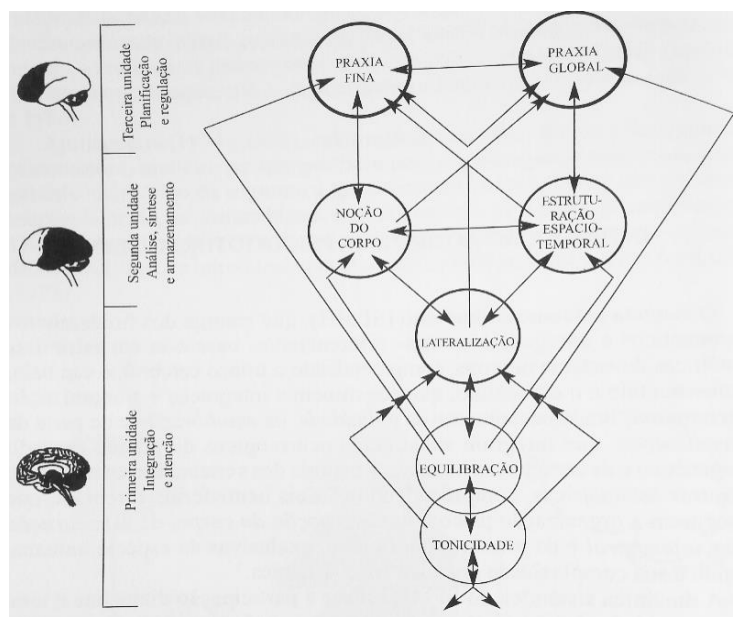


Figura 2 - Sistema Psicomotor Humano (Fonseca, 2010, p. 264).

A organização do SPMH está dependente do funcionamento das três unidades funcionais de Lúria, cada uma com funções ao nível de fatores psicomotores específicos (1.<sup>a</sup> unidade – tonicidade e equilibração; 2.<sup>a</sup> unidade - lateralização, noção do corpo e estruturação espacial e temporal; 3.<sup>a</sup> unidade - praxia global e praxia fina) (Fonseca 1985 cit. in Fonseca, 2010). Tendo em conta que estas unidades são a base da integração, da elaboração e da expressão do movimento voluntário, são as mesmas que vão permitir uma expressão correta das funções inerentes aos diferentes fatores psicomotores (Fonseca, 2010).

Segundo Wallon, um dos pioneiros no estudo deste domínio (Fonseca, 2010), o desenvolvimento psicomotor na infância e adolescência progride a partir de sete estádios, dos quais serão referidos apenas os correspondentes à primeira, segunda e terceira infância (Wallon, 1975 cit. in Fonseca, 2005):

- Tónico-emocional (dos 6 aos 12 meses) – a resposta do ambiente às expressões motoras e emocionais permitem uma transição da desordem gestual para as emoções diferenciadas. A criança adquire competências ao nível do equilíbrio, da locomoção e da preensão que lhe possibilitam evoluir na exploração de si própria e do espaço que a rodeia e, tornar os movimentos do corpo numa forma de expressar emoções (a tonicidade é a base para a vida afetiva);
- Sensório-motor (dos 12 aos 24 meses) – ocorre a maturação na organização das sensações, ações e emoções resultante da evolução da correlação entre as experiências motoras e sensoriais. Surge a transição de uma fase mais subjetiva para uma fase mais objetiva, em que a perceção é mais precisa e o movimento é dirigido

aos outros e aos objetos. A exploração dos objetos permite a criança coordenar ações com sensações para atingir um fim (inteligência prática), ao mesmo tempo, progredem as capacidades manipulativas, visuo-espaciais, auditivo-rítmicas, a percepção, a linguagem, entre outros. Desta forma, a criança atinge a consciencialização corporal que lhe permite discriminar o eu do não eu (autoimagem);

- Estádio projetivo (dos 2 aos 3 anos) – a percepção e descoberta dos objetos através da manipulação é a base para a organização das primeiras representações. A transição do ato ao pensamento reflete-se nas suas ações que, em vez de puras execuções, são a expressão da atividade mental. Nesta fase, Wallon destaca o papel da imitação, que possibilita à criança construir e interiorizar imagens mentais contextualizadas que, posteriormente, são projetadas. Assim, o símbolo e o signo ganham significado, a criança torna-se capaz de construir uma representação de um objeto sem a presença física desse objeto através da linguagem verbal e não-verbal;
- Estádio personalístico (dos 3 aos 4 anos) – a criança começa a tomar mais consciência de si e do seu esquema corporal, diferenciando-se dos outros e assumindo a construção da sua personalidade. Neste estágio surgem três fases distintas: oposição ao outro como forma de desafiar a sua independência; sedução, em que a criança sente necessidade de ser admirada e aceite pelos outros; e identificação, em que a criança mais segura de si e com vontade de ampliar competências, quer ser a réplica das pessoas que admira e dos heróis das suas fantasias;
- Estádio categorial (dos 6 aos 11 anos) – a distinção entre o eu e o não eu é mais nítida do que no estágio anterior. A criança passa a ser mais inibida a nível motor e mais concentrada ao nível sensorial e da atenção e, aprende os vários papéis que assume nos diferentes contextos onde está inserida. Neste estágio, ocorrem duas fases: pensamento pré-categorial (dos 6 aos 9 anos), corresponde ao processamento sincrético que surge de uma estrutura mental binária e dicotómica que se baseia em relações de contraste, parentesco, identificação, diferenciação e oposição; e pensamento categorial (dos 9 aos 11 anos), em que a criança é capaz de nomear, agrupar, comparar, categorizar e verificar dados de informação como planificar, antecipar e executar condutas.

### **2.1.2. Desenvolvimento Psicossocial**

Almeida (2014) defende que as interações sociais permitem a cada indivíduo desenvolver a sua própria personalidade e, por sua vez, os seus próprios pensamentos, sensações, emoções e ações, baseados nos padrões da sociedade onde se inserem. Deste modo, é perceptível que o desenvolvimento psicológico não possa ser dissociado do processo de socialização (Almeida, 2014).

Segundo Papalia e Feldman (2013), o desenvolvimento psicossocial abrange as alterações emocionais, a personalidade e as relações sociais. Na tabela 1 são apresentadas as características gerais do desenvolvimento psicossocial que ocorrem na primeira, segunda e terceira infância (Papalia e Feldman, 2013).

Tabela 1 - Principais características do desenvolvimento psicossocial na infância (Papalia e Feldman, 2013).

<b>Desenvolvimento Psicossocial</b>	
<b>Primeira Infância</b> (do nascimento aos 3 anos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formam-se os vínculos afetivos com os pais e com outras pessoas;</li> <li>- Desenvolve-se a autoconsciência;</li> <li>- Ocorre a passagem da dependência para a autonomia;</li> <li>- Aumenta o interesse por outras crianças.</li> </ul>
<b>Segunda Infância</b> (dos 3 aos 6 anos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O autoconceito e a compreensão das emoções tornam-se mais complexos e a autoestima é global;</li> <li>- Aumenta a independência, a iniciativa e o autocontrole;</li> <li>- Desenvolve-se a identidade de gênero;</li> <li>- O brincar torna-se mais imaginativo, mais elaborado e, geralmente, mais social;</li> <li>- Altruísmo, agressão e temor são comuns;</li> <li>- A família ainda é o foco da vida social, mas outras crianças tornam-se mais importantes.</li> </ul>
<b>Terceira Infância</b> (dos 6 aos 11 anos)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O autoconceito torna-se mais complexo, afetando a autoestima;</li> <li>- A correção reflete um deslocamento gradual no controle dos pais para a criança;</li> <li>- Os colegas assumem importância fundamental.</li> </ul>

De forma a compreender melhor o desenvolvimento psicossocial na infância, é importante destacar a teoria psicossocial de Erikson, um psicanalista de referência que seguiu e reformulou a perspectiva de Freud (Marotz e Allen, 2011; Papalia e Feldman, 2013).

Segundo Erikson (1950 cit in Marotz e Allen, 2011), a personalidade depende das influências da sociedade e desenvolve-se a partir de oito estágios, que decorrem em todo o ciclo de vida. Cada estágio apresenta o equilíbrio entre uma tendência positiva (dominante) e uma tendência negativa, ambas têm de existir para um desenvolvimento ideal. Serão apenas descritos os quatro primeiros estágios, sendo estes que abrangem os períodos da infância: confiança versus desconfiança (dos 0 aos 12-18 meses), em que a criança desenvolve o sentido de segurança no meio onde se insere – confiança para estabelecer relações e desconfiança para se proteger; autonomia versus vergonha e dúvida (do 1 aos 3 anos), quando a criança descobre a independência e autossuficiência e, a vergonha e dúvida impõem limites à satisfação dos seus desejos; iniciativa versus culpa (dos 3 aos 5 anos), quando a criança tem iniciativa para experimentar novas atividades que podem ou não ser aprovadas socialmente; atividade versus inferioridade (dos 5 aos 12 anos), em que a criança descobre os padrões culturais e alcança determinados feitos que podem gerar sentimentos de competência e orgulho e/ou de incompetência e improdutividade (Erikson, 1950 cit in Marotz e Allen, 2011; Erikson, 1982 cit in Papalia e Feldman, 2013).

Apesar de neste capítulo terem sido referidas diversas teorias explicativas do desenvolvimento, é importante sublinhar que não existe nenhuma teoria universalmente aceite nem nenhuma perspetiva teórica que explique todos os aspetos inerentes ao desenvolvimento humano (Papalia e Feldman, 2013).

Como foi referido anteriormente, os ritmos de desenvolvimento são variáveis entre as pessoas mas se essa variação atingir determinados limites indica que este processo está adiantado ou atrasado (Papalia e Feldman, 2013). Assim, quando determinadas competências associadas às áreas do desenvolvimento não são adquiridas no tempo previsto devido a fatores de risco de origem biológica ou ambiental significa que existem desvios que podem resultar em Perturbações do Desenvolvimento (Council on Children with Disabilities [CCD], 2006), estas serão abordadas de seguida.

## **2.2. Perturbações do Desenvolvimento**

As Perturbações do Desenvolvimento (PD) compreendem um conjunto de problemáticas caracterizadas por défices desenvolvimentais que, tendencialmente, se manifestam na infância. Estes défices abrangem um largo espectro, desde limitações específicas na aprendizagem ou no controlo das funções executivas até dificuldades globais nas competências cognitivas ou sociais, que se podem refletir em dificuldades pessoais, sociais, académicas ou profissionais (American Psychiatric Association [APA], 2013). Além disso, é comum a comorbilidade de mais de uma perturbação do desenvolvimento ou desta com uma perturbação emocional ou comportamental, o que se torna um fator de risco acrescido (APA, 2013; Matos, 2009).

Relativamente ao diagnóstico das perturbações do desenvolvimento, devem ser considerados os fatores biológicos, desenvolvimentais, emocionais, comportamentais e sociais (Matos, 2009).

Considerando os diagnósticos dos estudos de caso abrangidos pelo estágio, serão abordadas três PD: Atraso Global do Desenvolvimento, Multideficiência por Translocação do Cromossoma X-13 e Perturbações Específicas da Linguagem.

### **2.2.1. Atraso Global do Desenvolvimento**

O Atraso Global do Desenvolvimento (AGD) tem sido considerado um termo não categorial e flexível que, muitas vezes, é genericamente utilizado por diversos profissionais em várias situações no sentido de evitar categorizar a criança com uma condição ou perturbação específica (Dornelas et al., 2016; Silva e Albuquerque, 2011).

O AGD surge classificado, pela primeira vez, na versão mais atual do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Distúrbios Mentais (DSM-5), integrado nas Perturbações do Desenvolvimento Intelectual. Segundo o DSM-5, esta patologia é referenciada quando a

criança, com idade inferior ou igual aos 5 anos, não alcança as metas do desenvolvimento esperadas para a sua faixa etária (APA, 2013).

De acordo com Shevell et al. (2003), outros autores não concordam que o AGD pertença ao grupo das Perturbações do Desenvolvimento Intelectual, dado que uma criança com um atraso do desenvolvimento não necessita obrigatoriamente de ter um défice cognitivo, o mesmo pode derivar de outras condições (e.g. paralisia cerebral e privação ambiental precoce). Na perspetiva desses autores, esta patologia é uma subcategoria das Perturbações do Desenvolvimento (Shevell et al., 2003).

Deste modo, o AGD é definido como uma condição em que a criança, até aos 5 anos de idade, não atinge significativamente determinadas competências a nível global ou em dois ou mais domínios do desenvolvimento, tais como a motricidade fina e/ou global, linguagem, cognição, comportamento social e atividades da vida diária (Shevell et al., 2003). Um atraso é considerado significativo quando se situa a dois ou mais desvios-padrão abaixo da norma para o grupo etário (Dornelas e Magalhães, 2016; Morin e Harstad, 2017; Tirosh e Jaffe, 2011). Silva e Albuquerque (2011) referem que, em Portugal, o AGD abrange também crianças em idade escolar.

A etiologia do AGD pode estar associada a diversas condições que implicam fatores genéticos e ambientais sucedidos nos períodos pré, peri e pós-natais (Dornelas, Duarte e Magalhães, 2015; Oliveira, Rodrigues, Venâncio, Saraiva e Fenandes, 2012). Morin e Harstad (2017) referem que os fatores de risco mais prevalentes são: complicações no nascimento (prematuridade, baixo peso à nascença e hipoxia no parto), fatores envolvimentoais (falta de nutrição, exposição a álcool ou drogas, intoxicação de medicamentos e dificuldades financeiras da família) ou outras condições médicas (infecções crónicas, problemas de visão e doenças com implicações a longo prazo nas atividades diárias).

Uma vez que podem estar comprometidas diferentes funções do desenvolvimento (e.g. atenção, memória, processos percetivos, programas motores) associadas aos atrasos nos diversos domínios e que essas alterações podem ser mais visíveis numas crianças do que noutras, o AGD é considerado como um grupo heterogéneo, tanto a nível etiológico como a nível do fenótipo. Isto torna o processo de diagnóstico etiológico bastante complexo (Ferreira, 2004; Oliveira et al., 2012; Wong, 2011), exigindo a concretização de avaliações periódicas (APA, 2013).

Avaliar os diversos domínios do desenvolvimento em idades precoces exige a utilização de instrumentos adequados por técnicos especializados, além disso é necessário considerar os aspetos inerentes ao desenvolvimento de modo a que se possa compreender o que é expectável para determinada faixa etária (Shevell, 2010). Esta monitorização deve ser efetuada periodicamente (Ferreira, 2004) e o mais precocemente possível para que sejam sinalizados atempadamente perturbações ou défices globais no desenvolvimento



das crianças e, deste modo, referenciá-las para o acompanhamento por equipas multidisciplinares de Intervenção Precoce (Dornelas et al., 2016; Tervo, 2003; Tirosh e Jaffe, 2011). Em Portugal, o AGD é um dos critérios para a elegibilidade das crianças no âmbito da Intervenção Precoce (Decreto-Lei n.º 281/2009).

As crianças com esta patologia caracterizam-se por serem mais reativas em termos emocionais e menos sociáveis, apresentando dificuldades ao nível da autorregulação e da adaptação, o que aumenta a probabilidade de surgirem problemas de comportamento (Tirosh e Jaffe, 2011). Além disso, manifestam dificuldades na aprendizagem escolar, principalmente ao nível da leitura, escrita e matemática (Shevell, Majnemer, Platt, Webster e Bimbaum, 2005).

Apesar de não serem conhecidos os valores precisos referentes à prevalência desta patologia, estima-se que entre 1 a 3% das crianças com menos de 5 anos de idade apresentam um AGD (Oliveira et al., 2012; Srouf, Mazer, e Shevell, 2006). Esta é uma das perturbações mais comuns na infância e que afeta mais frequentemente o género masculino (Oliveira et al., 2012; Shevel et al., 2003; Walters, 2010).

### **2.2.2. Multideficiência por Translocação do Cromossoma X-13**

A multideficiência é definida por Orelove, Sobsey e Siberman (2004) como um conjunto de limitações acentuadas na área cognitiva conjugadas a limitações na área motora e/ou sensorial (visão ou audição) e, a outras condições que possam carecer de cuidados de saúde específicos. De acordo com a mesma fonte, esta condição limita a interação com o ambiente que, por sua vez, compromete gravemente o desenvolvimento e a aprendizagem.

Desta forma, é perceptível que a população com multideficiência possa apresentar uma grande variedade de características que derivam em dificuldades muito particulares, consequentes da associação de limitações nas funções das estruturas do corpo e de fatores ambientais. Esta população caracteriza-se assim como um grupo heterogéneo com graves dificuldades ao nível da sua participação na sociedade, tal como é apresentado na figura 3 (Nunes, 2005; Nunes e Amaral, 2008).

As principais dificuldades desta população na participação e atividade são ao nível: da interação com o meio ambiente (pessoas e objetos); da compreensão do mundo envolvente (dificuldade no acesso à informação); da seleção de estímulos relevantes; da compreensão e interpretação da informação recebida; da aquisição novas competências; da concentração e atenção; do pensamento; da tomada de decisões sobre a sua vida; e da resolução de problemas (Ministério da Educação, 2008).

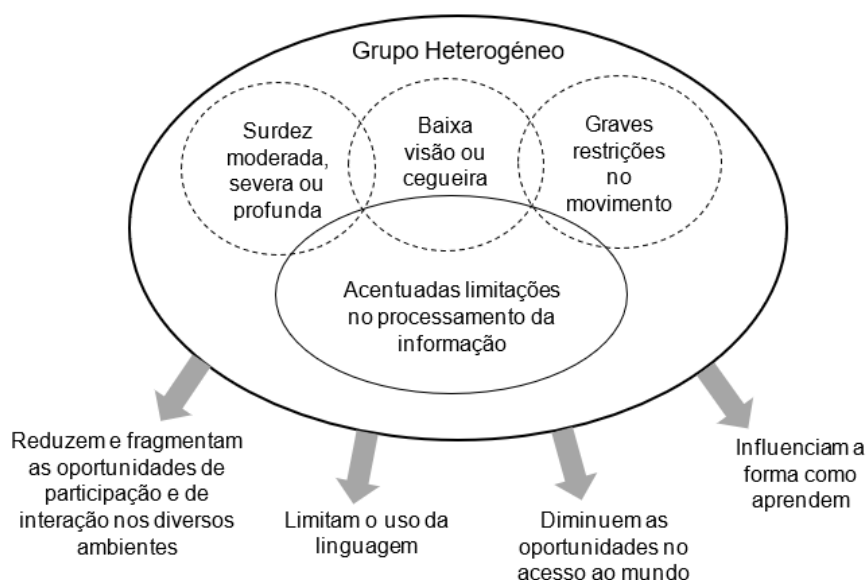


Figura 3 - Características e Necessidades de Crianças com Multideficiência (adaptado de Nunes e Amaral, 2008, p. 5).

Apesar de as limitações apresentadas pelas pessoas com multideficiência restringirem em grande parte a qualidade e quantidade de informação recebida e percebida, a falta de experiências significativas também é um fator que pode agravar esta dificuldade (Amaral, 2002 cit. in Ministério da Educação, 2008). Neste sentido, torna-se fulcral aumentar as oportunidades de participação em experiências significativas através de serviços e apoios individualizados que potenciem as competências destas pessoas, promovendo o sucesso nos contextos onde estão inseridas. Neste processo, é crucial a realização de um trabalho colaborativo, que inclua todos os agentes de educação (família, profissionais da educação, da saúde, da segurança social, entre outros) (Ministério da Educação, 2008).

No que concerne às causas da multideficiência, Kirk e Gallagher (1991) explicam-nas através de quatro parâmetros (momento de ocorrência, agentes que afetam, forma como atua e resultado típico), como é apresentado no quadro da figura 4.

De acordo com o quadro da figura 4, verifica-se que uma das causas da multideficiência é a translocação de pares de cromossomas. As translocações, tal como as deleções, duplicações, inserções e inversões, derivam de alterações na estrutura cromossômica, em que o material genético é rompido e, por isso desorganiza-se, consequentemente ocorre o ganho ou perda do material (EuroGentest, 2008a; Papalia e Feldman, 2013).

No caso particular das translocações cromossômicas, estas podem suceder após a conceção se for herdado do pai ou da mãe um conjunto de cromossomas alterados, ou se surgirem modificações na formação do óvulo ou espermatozoide, sem que haja qualquer alteração cromossômica dos progenitores. Este último fenómeno é o mais comum, sendo denominado de *novo* (novo rearranjo) e, as suas repercussões no indivíduo variam em

função dos cromossomas em causa e das partes dos cromossomas que sofrem modificações (EuroGentest, 2008b; Papalia e Feldman, 2013).

Momento de ocorrência do problema	Agentes que afetam	Forma como atua	Resultado típico
Conceção	Translocação de pares de cromossomas no nascimento	Mudanças sérias no embrião e no feto, muitas vezes fatais	Certos reagrupamentos dos cromossomas podem levar à síndrome de Down e à deficiência mental
	Erros congénitos do metabolismo como a fenilcetonúria (lesão no cérebro da criança com graves sequelas neurológicas e mentais)	Incapacidade de efetuar processos químicos e metabólicos	Resulta em deficiência grave ou outras complicações; pode ser revertido parcialmente quando diagnosticado cedo e administrando-se uma dieta especial
		Danos no desenvolvimento fetal	
Pré-natal	Medicamentos como talidomida (medicamento usado como sedativo)	Medicamento usado como sedativo para a mãe que pode prejudicar o desenvolvimento normal do embrião	Uma criança acentuadamente deformada com anomalias sérias no coração, olhos, ouvidos, membros superiores e inferiores e outras
Natal	Anoxia (falta prolongada de oxigénio ao feto durante o processo de nascimento)	A falta prolongada de oxigénio pode causar destruição irreversível de células cerebrais	Criança com paralisia cerebral que pode ou não ter deficiência mental e outra anomalia que afetam a visão e a audição
Pós-natal	Encefalite e meningite	Doenças infecciosas (sarampo, coqueluche, entre outras) podem levar à inflamação das células do cérebro e à sua destruição	Pode levar a uma variedade de problemas, com uma falta de tensão e a hiperatividade; causa epilepsia, deficiência mental e problemas de comportamento

Figura 4 - Causas da multideficiência (adaptado de Kirk e Gallagher, 1991, p. 416).

Se analisarmos o caso particular de uma translocação do cromossoma X-13, a reduzida literatura indica que esta pode ser considerada como uma translocação de *novo*, em que os progenitores com cromossomas normais dão origem a um indivíduo com esta condição. Neste caso, ocorre a inativação de uma parte do cromossoma X, resultando em alterações no cariótipo (Myszka et al., 2010; Stambolian, Sellinger, Derrington, Sargent e Emanuel, 1992). Segundo Vieira, Escalhão e Eça (2015), esta é uma condição genética rara e com uma grande probabilidade de incompatibilidade com a vida ou com uma esperança média de vida significativamente reduzida (até à segunda infância).

Como foi referido anteriormente, as pessoas com multideficiência podem apresentar uma grande diversidade de características. Contudo, a limitada literatura sobre a população com translocação do cromossoma X-13 indica que, nesta patologia, existem algumas características comuns ao nível dismórfico e de anomalias congénitas, nomeadamente: testa proeminente; hipertelorismo; orelhas displásicas e baixas; ponte nasal ampla e achatada; lábio superior em formato de “arco de cupido”; lábio inferior proeminente; dedos gordos e que se sobrepõem; e hipotonia (Myszka et al., 2010; Gaspar et al., 2001 cit. in Vieira et al. 2015). Além disso, geralmente as pessoas com esta condição

também são diagnosticadas com um tumor raro na retina, designado de retinoblastoma, que pode ser uni ou bilateral (Dries, Baca, Truss e Dobin, 2003; Laquis, Rodriguez-Galindo, Wilson, Fleming e Haik, 2002; Nichols et al., 1980; Stambolian et al., 1992). É ainda de referir que, em dois dos casos encontrados na literatura referente à translocação do cromossoma X-13, verificou-se a ocorrência de um atraso do desenvolvimento psicomotor (Myszka et al., 2010 e Vieira et al., 2015).

### **2.2.3. Perturbações Específicas da Linguagem**

As Perturbações Específicas da Linguagem (PEL) consistem em modificações nas estruturas e funções neurológicas, cognitivas e/ou físicas específicas ao processamento da fala e da linguagem que comprometem a capacidade de comunicação (World Health Organization [WHO], 1980). Deste modo, ocorrem alterações ao nível da compreensão e/ou expressão da linguagem oral ou escrita que podem afetar a fonologia, morfologia, sintaxe, semântica e/ou pragmática (Boyle, McCartney, Forbes e O'Hare, 2007).

As PEL prejudicam a capacidade de comunicação quer seja oral, escrita ou por símbolos devido às dificuldades na aquisição e uso da linguagem. Estas dificuldades derivam de alterações nas capacidades recetivas e expressivas, as recetivas são responsáveis pelo processo de receber e compreender mensagens da linguagem e as expressivas por produzir sinais verbais, vocais e gestuais (APA, 2013).

A etiologia das PEL ainda não se encontra totalmente esclarecida, sendo desconhecida em muitos dos casos diagnosticados. Contudo, já existem causas conhecidas que estão dependentes de fatores genéticos (e.g. alterações cromossómicas), fisiológicos (e.g. deformações nas estruturas orgânicas responsáveis pela produção e compreensão da linguagem), neurológicos (e.g. lesões nas áreas de Wernicke e de Broca) e envolvimento (e.g. nível sócio económico familiar baixo, falta de estímulos) (APA, 2013; Kelly e Sandiford, 2013; Scopel, Souza e Lemos, 2012). De acordo com Sociedade Portuguesa de Neuropediatria ([SPNP], 2018), as causas mais comuns das PEL são: défice de audição, atraso do desenvolvimento, prematuridade, Perturbação do Espectro do Autismo e falta de estimulação.

Uma vez que as PEL afetam diversos mecanismos neuropsicológicos e linguísticos e que podem ter várias classificações, este é considerado um grupo heterogéneo, o que torna evidente a complexidade do seu diagnóstico. Quando surgem sinais de alerta deve ser realizada uma avaliação de despistagem ao nível da audição, do desenvolvimento cognitivo, linguístico e motor e da integração social/comunicação (SPNP, 2018). É crucial que o despiste seja realizado o mais cedo possível, para que a criança e respetiva família sejam encaminhadas para uma equipa multidisciplinar de Intervenção Precoce (Amorim, 2011; Beitchman e Brownlie, 2010; Kelly e Sandiford, 2013; McLeod e Harrison, 2009).

As crianças com esta problemática estão comprometidas ao nível do vocabulário e da gramática e, consequentemente, da capacidade de discurso. As primeiras palavras e frases aparecem mais tarde, o vocabulário é reduzido e pobre, as frases são curtas, pouco complexas e com erros gramaticais. Observam-se dificuldades em encontrar palavras adequadas, entender sinónimos e verbos (definições e tempos verbais), seguir instruções mais complexas e recordar conceitos e frases novas. Relativamente ao discurso, é perceptível a dificuldade na capacidade de fornecer informações adequadas ou de contar uma história de modo coerente (APA, 2013).

Ao nível do comportamento também podem surgir alterações, provocando baixa autoestima, agressividade, agitação motora, irritabilidade, entre outros (Sundheim e Voeller, 2004). Além disso, algumas capacidades psicomotoras também ficam limitadas, como a motricidade fina e global, o jogo simbólico e as atividades com os pares, dado que estas competências dependem da cognição, interação e processos linguísticos (Nip, Green e Marx, 2011; Viholainen, Lyytinen, Cantell, Tolvanen, e Lyytinen, 2007). É ainda de referir que estas dificuldades podem refletir-se negativamente no desempenho escolar e nas relações sociais (Amorim, 2011).

Apesar de a maioria das crianças não apresentar outras alterações significativas no seu desenvolvimento, existem outras crianças em que esta perturbação surge em comorbilidade com outras, como a Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção, Perturbação do Espectro do Autismo, Perturbação da Coordenação Motora, Dificuldades de Aprendizagem, Paralisia Cerebral, entre outras (Amorim, 2011; APA, 2013).

As PEL são comuns no desenvolvimento infantil, apresentando uma prevalência que varia entre 2 a 19% mediante os critérios de diagnóstico (Amorim, 2011; Law, Boyle Harris, Harkness e Nye, 2000; Simms, 2007). Segundo Mouzinho et al. (2008) afeta mais o género masculino do que o feminino.

### **2.3. Intervenção Psicomotora**

A intervenção psicomotora consiste numa terapia que tem como finalidade transformar o corpo num instrumento de ação que se relaciona com os outros e com o mundo, envolvendo as dimensões intra e interpessoal. Numa visão holística do ser humano, a psicomotricidade prevê o desenvolvimento incorporado da motricidade e do psiquismo, de forma a promover a capacidade de ser e agir num contexto biopsicossocial (Fonseca, 2001). Destina-se a todos grupos etários e recorre a diversas metodologias de intervenção (Associação Portuguesa de Psicomotricidade [AAP], 2017) que podem ser de cariz preventivo, reeducativo ou terapêutico; o primeiro pretende evitar o surgimento de perturbações do desenvolvimento ou dificuldades de aprendizagem, enquanto os restantes atuam nos aspetos funcionais e relacionais do desenvolvimento (Martins, 2001).

A psicomotricidade enquanto método terapêutico permite responder a situações em que o nível de comunicação, a organização do pensamento e a capacidade de adaptação se encontram comprometidos, através de uma intervenção com enfoque na ação, na experiência e no investimento corporal (Fonseca e Martins, 2001). De acordo com Probst, Knapen, Poot e Vancampfort (2010), devem ser promovidas atividades que potenciem o desenvolvimento cognitivo, físico, social e emocional, bem como os aspetos associados à regulação e expressão de emoções, ao aumento da autoconfiança e ao reconhecimento do corpo.

Recorrendo à mediatização corporal e expressiva, o terapeuta atua no sentido de estudar e compensar condutas inadequadas e inadaptadas em múltiplas situações associadas a problemas de desenvolvimento e maturação psicomotora, de aprendizagem, de comportamento ou de âmbito psicoafectivo (Fonseca, 2001). O psicomotricista funciona como um mediador entre a pessoa e o envolvimento, em que se estabelece um ambiente de contenção e segurança que atribui confiança ao indivíduo para se expressar e comunicar. Consequentemente, este vínculo afetivo criado dentro da relação terapêutica permite o desenvolvimento da autonomia e a construção da sua identidade (Gras, 2004; Llinares, 2007).

A intervenção psicomotora deverá ser elaborada num espaço psicomotor de prazer sensório-motor, de jogo simbólico e de representações (Martins, 2001), aliado ao vínculo terapêutico estabelecido com o terapeuta, que possibilite a expressão dos conflitos, com vista à reorganização do seu desenvolvimento (Almeida, 2005; Costa, 2008). Nesse espaço, o jogo assume um papel de extrema importância na exploração do mundo e dos objetos (Joly, 2007), permitindo a expressão do psíquico através do movimento do corpo (Lapiérre, 2008). Os objetos também têm uma grande relevância na medida em que consistem em mediadores que funcionam como representações do mundo real, possibilitando a ponte entre a realidade subjetiva e interior e a realidade objetiva e partilhada com as restantes pessoas (Costa, 2008; Martins, 2001). Assim, através de vínculos e vivências relacionais e corporais é promovida a comunicação não-verbal, a psicoafetividade, a atividade motora espontânea, o diálogo tónico-emocional, a proxémia e a relação terapêutica (Almeida, 2005; Gras, 2004; Joly, 2007; Lázaro e Félez, 2014; Martins, 2001).

Antes de se iniciar a intervenção propriamente dita, é fulcral perceber as necessidades da pessoa para que se tomem medidas adequadas à mesma. Para esse efeito, o psicomotricista pode recorrer à avaliação como forma de recolher informação sobre as dificuldades apresentadas pelo indivíduo, o que lhe permitirá tomar decisões sobre as características da intervenção (Pitteri, 2004).

O processo de avaliação deve considerar duas dimensões. Por um lado, deve basear-se num modelo de avaliação não diretivo, i.e., numa avaliação através da

observação da ação e dos comportamentos espontâneos, que indica o nível de desenvolvimento e de maturação, bem como o nível de potencial (Saint-Cast, 2004). Por outro lado, a observação psicomotora deve ser complementada através da utilização de instrumentos psicomotores validados e padronizados, que foram desenvolvidos para avaliar as componentes psicomotoras no que se refere aos aspetos funcionais, assegurando a validade de todo o processo de avaliação e dos programas de intervenção (Pitteri, 2004; Saint-Cast, 2004). A partir destes métodos a avaliação psicomotora permite estabelecer o perfil de um indivíduo, tendo sempre em conta os aspetos neurológicos, emocionais, relacionais e cognitivos (Saint-Cast, 2004).

A avaliação psicomotora tem em conta uma abordagem global do indivíduo, avaliando os aspetos psicomotores numa perspetiva funcional, ou seja, são avaliadas as competências neuromotoras, sensoriomotoras, da representação do corpo e da organização espaço-temporal (Pitteri, 2004). De acordo com o mesmo autor, esta avaliação abrange as características psicoafectivas, dado que é possível avaliar a atitude na relação, o compromisso na ação, a autoestima e a expressão corporal, emocional e relacional. Isto porque as manifestações psicomotoras derivam da experiência pessoal e das características psicoafectivas. Deste modo, a avaliação psicomotora permite observar e analisar o corpo nas diversas dimensões, sendo que nos possibilita obter informações sobre as competências psicomotoras, bem como sobre as características psicoafectivas que, por sua vez, nos leva a compreender as atitudes e comportamentos do indivíduo. A partir do conhecimento das especificidades individuais torna-se possível a elaboração de um diagnóstico psicomotor e, seguidamente, de um plano terapêutico adaptado às necessidades do sujeito. Além disto, a avaliação também permite analisar os resultados e melhorias após e durante a intervenção, possibilita ainda a comparação e análise de práticas tal como a comunicação entre os profissionais (Pitteri, 2004).

Assim, o processo de avaliação permite ao psicomotricista fazer uma análise da linguagem corporal e da forma de relacionamento do indivíduo com o espaço, os materiais e os outros e, por sua vez, prestar o apoio adequado às necessidades e características individuais (Pitteri, 2004; Rodríguez e Llinares, 2008). O técnico pode recorrer a diversas metodologias de intervenção: técnicas de relaxação e de consciência corporal, atividades lúdicas, terapias expressivas, atividades motoras adaptadas, entre outros (APP, 2017). Estes métodos podem ser aplicados individualmente ou em grupo (Fonseca, 2010), dependendo da informação recolhida durante a avaliação (Llinares e Rodriguez, 2003).

As sessões individuais podem ser realizadas em espaços físicos com menores dimensões, o terapeuta consegue ter mais disponibilidade para cada pessoa bem como adaptar a intervenção ao ritmo de aprendizagem/desenvolvimento da mesma (Aragón, 2009). Por sua vez, as sessões de grupo exigem espaços físicos com maiores dimensões, nas quais é promovida a regulação emocional através da estimulação do nível de

socialização e comunicação, da iniciativa e criatividade e, da aprendizagem e descoberta; neste tipo de sessões potenciam-se as competências sociais, ao mesmo tempo que outras áreas, tendo sempre em consideração os objetivos definidos individualmente (Aragón, 2009; Johnson, Moffatt, Smith e White, 2012; Onofre, 2003).

A dinâmica em grupo pode revelar-se muito vantajosa para alguns indivíduos, dado que surgem mais oportunidades para se estabelecerem relações ativas com a ajuda do psicomotricista que facilita o diálogo entre os participantes e os processos comunicativos (Aragón, 2009; Johnson et al., 2012; Vigidal, 2005). Em contrapartida, nalguns casos o contexto grupal pode não ser tão benéfico, sendo que a pessoa pode ter dificuldade em se adaptar e acompanhar o ritmo do grupo, particularmente se apresentar problemas ao nível das competências sociais. Deste modo, em determinados casos e consoante os objetivos de intervenção, inicialmente podemos recorrer à intervenção individual e, progressivamente, se possível, integrar o indivíduo numa intervenção em grupo (Aragón, 2009; Costa, 2005).

Considerando os aspetos referidos anteriormente, verifica-se que a intervenção psicomotora apresenta diversos propósitos: promover a mobilização e reorganização das funções emocionais e relacionais da pessoa em toda a sua experiência e ao longo de todas as etapas da vida; aperfeiçoar os processos cognitivos a partir dos quais emerge o ato motor; promover a consciencialização das sensações, possibilitando a simbolização e a conceptualização; e maximizar e harmonizar o desenvolvimento global da pessoa, potenciando as componentes motora, afetivo-relacional e cognitiva (Fonseca, 2001).

## **2.4. Promoção de Competências Sociais**

O comportamento social corresponde à adequação das atitudes, ações e pensamentos de um indivíduo na interação consigo próprio, os outros e a comunidade (Matos, Nahama, Petit, e Sacchi, 2010), envolvendo um conjunto de habilidades, como a empatia, o respeito, a assertividade, a responsabilidade, o autocontrolo e a cooperação (Eickmann, Emond, e Lima, 2016). Assim, as competências sociais implicam o conhecimento de regras sociais e a capacidade de refletir acerca das mesmas, o que nos permite avaliar se um determinado comportamento é adequado. Isto depende das circunstâncias e variáveis envolvidas, da capacidade de responder satisfatoriamente às exigências do contexto e dos interesses pessoais e coletivos (Gundersen, 2014; Leme, Del Prette, Koller e Del Prette, 2016; Matos et al., 2010).

As competências sociais abrangem diversas capacidades associadas ao autocontrolo (regular emoções, evitar conflitos, lidar com críticas, etc.), ao ajustamento (cumprir regras e instruções, adaptar a novas situações, ajudar os outros, etc.), ao relacionamento com os pares (respeitar a opinião dos outros, cumprimentar, elogiar, ajudar, cooperar, etc.), à assertividade (pedir desculpa, defender os seus direitos,



expressar sentimentos e opiniões, iniciar e manter conversas, etc.) e ao planeamento (recolher informação, tomar iniciativa e decisões, definir objetivos, etc.). A aprendizagem destas habilidades desenvolve-se progressivamente ao longo da vida, em função das experiências vividas e, principalmente, da qualidade de interação com o envolvimento, podendo ocorrer de forma adequada ou inadequada (Caldarella e Merrell, 1997 cit. in Bolsoni-Silva, Loureiro e Marturano, 2011; Eickmann et al., 2016; Madrona, Marín e López, 2012).

O desenvolvimento desajustado das competências sociais aumenta consideravelmente a probabilidade de surgirem problemas de comportamento e dificuldades de aprendizagem (Feitosa et al., 2005; Matos, Simões e Canha, 2008). Assim, para evitar que surjam essas problemáticas, devem ser tomadas medidas que promovam as competências sociais, potenciando a capacidade expressão e compreensão dos outros e, consequentemente, as interações sociais adequadas. Verifica-se que a aprendizagem adequada das competências sociais é fulcral para o desenvolvimento, na medida em que funciona como um fator de proteção do mesmo (Dascanio et al., 2015; Elias e Amaral, 2016; Rodrigues, Dias e Freitas, 2010).

Para promover as competências sociais pode recorrer-se à implementação de programas que se baseiam no desenvolvimento das capacidades pessoais, afetivas e relacionais, dos comportamentos verbais e não-verbais, dos aspetos motivacionais e socioculturais bem como dos processos percetivos de processamento de informação, tendo como finalidade a generalização das aprendizagens para a vida diária (Bedell e Lennox, 1997 cit. in Freitas et al., 2011). Através da promoção de estratégias que permitam às crianças confrontar adequadamente os desafios diários, é atenuada a probabilidade de exposição ou impacto dos fatores de risco (Matos e Tomé, 2012). Particularmente, no contexto escolar, as crianças tornam-se mais capazes de reagir positivamente em situações de risco, como o consumo de substâncias, o absentismo escolar, os comportamentos antissociais e a agressividade (Greenberg et al., 2003).

As competências sociais podem ser trabalhadas no âmbito da intervenção psicomotora, através da aplicação de programas com atividades de cariz lúdico adaptados ao contexto e população-alvo (Matos, 2005). Para esse efeito podemos recorrer a algumas dinâmicas de intervenção, como por exemplo: a ativação, mediada por exercícios de mímica, imitação, expressão corporal e improvisações, em que os indivíduos são estimulados para a ação; a comunicação corporal não-verbal, permitindo a tomada de consciência do corpo e das suas possibilidades de expressão na comunicação interpessoal; a comunicação verbal, potenciando a capacidade de expressão verbal bem como o respeito pelo outro através da escuta ativa; a solução de problemas, em que inicialmente se faz a sua identificação, de seguida procuram-se as diversas soluções e prevê-se as suas consequências (pensamento alternativo e consequencial) e, no final,

decide-se a melhor solução para colocá-la em prática; a simulação ou dramatização de situações, que permite a análise do comportamento social em diversos contextos com diferentes pessoas para se conseguir identificar e escolher os comportamentos assertivos; e a partilha de experiências e recomendação do técnico para a observação das situações na vida diária, visando a generalização dos conteúdos trabalhados para outros contextos (Matos, 2005; Matos e Spencer, 2008).

Assim, os programas de promoção das competências sociais permitem que os indivíduos se tornem capazes de identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, melhorar a comunicação interpessoal, defender os seus direitos, lidar com pressões dos pares e escolher um estilo de vida mais saudável (Matos, 2005).

Muitos estudos neste âmbito têm demonstrado a eficácia destes programas, como por exemplo: Peltonen, Qouta, Sarraj e Punamäki (2012) que verificaram os efeitos positivos de um programa Intervenção de Mediação Escolar; Coelho, Marchante e Sousa (2015) que comprovaram os benefícios de um programa de promoção de competências sociais no âmbito do projeto Atitude Positiva, aplicado em seis escolas do ensino público portugueses.

## **2.5. Apoio Psicopedagógico**

O apoio psicopedagógico é um tipo de intervenção focada no processo ensino-aprendizagem, atua de forma preventiva ou terapêutica com o objetivo de evitar ou colmatar dificuldades que prejudicam o desempenho escolar do aluno (Batista, Gonçalves e Andrade, 2015; Freitas e Corso, 2016; Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares, 2016). Assim, destina-se a indivíduos com dificuldades transitórias (e.g. problemas emocionais, dificuldades de adaptação) ou dificuldades permanentes (e.g. dislexia, discalculia), não se aplicando apenas a crianças com diagnósticos mas também àquelas que precisam de consolidar conhecimentos de base ou de estratégias de ensino diferenciadas e específicas (ACCS, 2018; Noronha e Noronha, 1993). Este acompanhamento pode ser efetuado a partir do 1.º ano de escolaridade e prosseguir até ao 12.º ano ou mesmo até a um nível académico superior, em casos particulares que se verifique essa necessidade (ACCS, 2018).

A intervenção psicopedagógica pode ser do tipo educacional ou clínico. A dimensão educacional pretende estudar, analisar e proporcionar condições para que a criança ou adolescente seja capaz de organizar e elaborar dados e informações que, posteriormente, aplicará na sua vida (Masini, 2003). A dimensão clínica incide sobre o estudo e análise de bloqueios, tendo como objetivo colmatar as dificuldades e problemas de aprendizagem e fornecer estratégias que ajudem a pessoa a organizar e elaborar dados e informações na sua vida (Batista et al., 2015; Masini, 2003; Valdés, 2003).

Segundo o Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares (2016), este tipo de intervenção concretiza-se a partir de três fases: avaliação, definição de objetivos e estabelecimento de um plano de intervenção. A avaliação consiste na recolha de informação e na aplicação de instrumentos de cariz formal ou informal que podem ser ou não ser de referência à norma. Assim, objetiva a identificação das dificuldades da criança ou adolescente e, possivelmente, a origem das mesmas bem como das suas potencialidades a nível pedagógico, cognitivo, comportamental e emocional, tendo sempre em conta o contexto onde se insere. Este procedimento é concretizado por profissionais das áreas da saúde ou da educação (Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares, 2016) - na ACCS, a avaliação psicopedagógica é realizada por um técnico superior de educação especial e reabilitação e um psicólogo clínico (ACCS, 2018).

Considerando o perfil da pessoa, são delineados objetivos e um plano de intervenção que pretendem promover as competências escolares (aquisição dos conhecimentos expectáveis para o nível de ensino frequentado, capacidade de organização e concentração nas atividades e melhorar o relacionamento no âmbito escolar) e as competências pessoais e sociais (capacidade de gerir as emoções, a frustração e os conflitos para melhoria das relações sociais e, por sua vez, da autoestima). Posteriormente, deverão ser implementadas as metodologias e estratégias planeadas de forma a colmatar as dificuldades apresentadas (Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares, 2016). Estas poderão ser específicas no âmbito da leitura, escrita ou matemática, ou por outro lado, podem estar associadas a métodos de estudo ineficazes, à capacidade de atenção e concentração, ao ritmo de trabalho ou à falta de motivação (ACCS, 2018).

A intervenção com alunos com dificuldades ao nível da leitura, escrita e matemática, incide sobre as competências de velocidade, compreensão e precisão na leitura, de ortografia, de grafomotricidade, da semântica, do conceito de número, do tratamento de dados, da geometria, das unidades de medida e, ainda em adquirir estratégias para atenuar essas dificuldades (ACCS, 2018).

A intervenção com alunos com dificuldades transitórias associadas ao insucesso escolar, baseia-se no fornecimento de ferramentas que os ajudem na gestão do tempo de estudo, na aprendizagem, na preparação para os testes, na melhoria da atenção e concentração, na organização, entre outros (ACCS, 2018).

De forma geral, o apoio psicopedagógico pretende potenciar a aprendizagem e o desenvolvimento de estratégias essenciais ao sucesso no desempenho académico, eliminando dificuldades específicas associadas ao insucesso ou dificuldades escolares (Batista et al., 2015; Freitas e Corso, 2016; Noronha e Noronha, 1993). Este é um apoio especializado que contribui para a inclusão escolar e social, uma vez que ao atender às necessidades do aluno para aprender, providencia ferramentas que o possibilitam

participar no meio onde se insere (Masini, 2003). Assim, promove o desenvolvimento integral da criança, tanto a nível da personalidade, como das funções cognitivas e psicomotoras (Noronha e Noronha, 1993).

## Parte II – Realização da Prática Profissional

A segunda parte do relatório refere-se à descrição das atividades desenvolvidas ao longo do estágio, dividindo-se em seis capítulos. O primeiro capítulo apresenta a organização geral das atividades de estágio que foram integradas. No segundo e terceiro capítulos, é descrita de forma geral a intervenção concretizada com as crianças do Externato *A Ritinha* e o grupo acompanhado no Colégio Saint Daniel Brottier, respetivamente. Os restantes capítulos retratam os processos de intervenção dos estudos de caso.

### 1. Descrição Geral das Atividades de Estágio

A integração da estagiária no contexto profissional da ACCS, possibilitou o desenvolvimento e participação em programas de intervenção bem como de outras atividades. Estas serão referidas neste capítulo que se encontra estruturado em quatro subcapítulos: organização das atividades de estágio, casos acompanhados, processo de intervenção e atividades complementares.

#### 1.1. Organização das Atividades de Estágio

No dia 10 de outubro de 2017, na ACCS, foi realizada a primeira reunião com a Dra. Cristina Vieira (orientadora local), que apresentou o espaço físico da sede da associação e explicou o seu funcionamento. Na reunião foram ainda discutidos os casos que seriam acompanhados pela estagiária e marcadas algumas sessões de observação. Nesta semana iniciou-se o estágio.

A primeira semana de estágio foi dedicada à integração da estagiária. Uma vez que todos os casos seriam acompanhados pela estagiária fora da sede da ACCS, durante esta semana a Dra. Cristina Vieira fez uma apresentação das instituições onde iria decorrer o estágio e aos respetivos profissionais de educação bem como às crianças. Foram também observadas sessões dos casos acompanhados, quer de psicomotricidade como de terapia da fala. Além disso, foi acertado o horário de estágio apresentado na figura 5.

	Segunda-feira	Terça-feira	Quarta-feira	Quinta-feira	Sexta-feira
9h às 14h	Sessão Individual	Sessão Individual/ Sessão de Grupo		Sessões Individuais	Sessão Individual
		Sessão Individual	Reunião de Equipa da ACCS	Reunião com as colegas de 1.º ciclo	
16h às 17h		Sessão Individual			

Figura 5 - Horário de estágio.

O estágio decorreu de segunda-feira a sexta-feira, com uma média de 20 horas semanais, desde 10 outubro de 2017 até 20 junho de 2018.

Após a fase de integração a estagiária passou a ter mais autonomia, iniciando o processo de intervenção com a realização de avaliações aos casos acompanhados. Estas avaliações prologaram-se até março devido à necessidade de desenvolver instrumentos de avaliação e, além disso, um dos estudos de caso e o grupo só começaram a ser acompanhados pela estagiária em janeiro. Até maio foram realizadas sessões de intervenção e, em junho, procedeu-se às avaliações finais, tendo terminado o estágio no dia 20 de junho de 2018.

## 1.2. Casos Acompanhados

No decorrer do estágio foram acompanhados 24 casos, 13 do género masculino e 11 do género feminino, com idades compreendidas entre os 9 meses e os 18 anos. Desta população, 19 apresentam desenvolvimento típico e 5 desenvolvimento atípico.

Na tabela 2 são apresentadas as características pessoais (género, idade e diagnóstico) e da intervenção (tipo de intervenção e de sessão e contexto) das crianças acompanhadas no Externato *A Ritinha* e do grupo do Colégio Saint Daniel Brottier.

Tabela 2 - Características pessoais e da intervenção dos casos acompanhados no Externato *A Ritinha* e do grupo do Colégio Saint Daniel Brottier.

<b>Casos Acompanhados</b>	<b>Crianças do Externato <i>A Ritinha</i></b>	<b>Turma do 1.º Ano do 1.º Ciclo</b>
<b>Género</b>	2 crianças – feminino 1 criança – masculino	11 crianças – masculino 8 crianças – feminino
<b>Idade</b>	9, 11 e 12 meses	5 aos 7 anos
<b>Diagnóstico</b>	Sem diagnósticos	1 criança – AGD* e PEL* 2 crianças – sobredotação 16 crianças – sem diagnóstico
<b>Tipo de intervenção</b>	Intervenção psicomotora semanal	Aplicação do Programa de Promoção de Competências Sociais semanalmente
<b>Tipo de sessão</b>	Individual com duração de 30 minutos	Em grupo com duração de 60 minutos
<b>Contexto</b>	Sala de berçário do Externato <i>A Ritinha</i>	Ginásio/biblioteca do Colégio Saint Daniel Brottier

\*Legenda: AGD – Atraso Global do Desenvolvimento; PEL – Perturbação Específica da Linguagem.

Tal como anteriormente, na tabela 3 encontram-se as características pessoais e da intervenção mas relativas aos estudos de caso.

Tabela 3 - Características pessoais e da intervenção dos estudos de caso.

Estudos de Caso	PD	MP	AF
<b>Género</b>	Masculino	Feminino	Masculino
<b>Idade (anos)</b>	7	18	4
<b>Diagnóstico</b>	AGD* e PEL *	Multideficiência por translocação do cromossoma X-13	AGD* e PEL *
<b>Tipo de intervenção</b>	Apoio psicopedagógico trissemanal/bissemenal	Intervenção psicomotora semanal	Intervenção psicomotora semanal
<b>Tipo de sessão</b>	Individual com duração entre 1 a 3 horas	Individual com duração de 2 horas	Individual com duração de 40 minutos
<b>Contexto</b>	Sala de aula do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier	Colégio Oriente	Sala de trabalho do Jardim de Infância do Centro Paroquial São João de Brito

\*Legenda: AGD – Atraso Global do Desenvolvimento; PEL – Perturbação Específica da Linguagem; PPCS – Programa de Promoção de Competências Sociais.

### 1.3. Processo de Intervenção

Após a integração da estagiária iniciou-se o processo de intervenção com a recolha de informação dos casos acompanhados e a realização das avaliações iniciais. Para a recolha de informação foram observadas diversas sessões, elaboradas anamneses para os encarregados de educação preencherem e analisados os processos das crianças e da adolescente nas respetivas creches e escolas. Relativamente às avaliações, foram aplicados quatro instrumentos de avaliação: Schedule of Growing Skills II, Sociograma, Checklist de Observação e Inventário para Observação do Desenvolvimento. Os últimos dois instrumentos referidos foram desenvolvidos e adaptados pela estagiária em função dos casos, sob a orientação da Dra. Cristina Vieira. Mais adiante será apresentada a caracterização dos mesmos.

Tendo em conta a informação recolhida, foram estabelecidos os objetivos de intervenção de forma a se iniciar as sessões. Como foi apresentado nas tabelas 2 e 3 do ponto 1.2., quatro crianças e a adolescente receberam intervenção psicomotora individual, no grupo aplicou-se um programa de promoção das competências sociais e, deste grupo, uma criança também recebeu apoio psicopedagógico. No final das sessões de intervenção, procedeu-se às avaliações finais em que se aplicaram os mesmos instrumentos que foram utilizados inicialmente.

De forma a facilitar o processo de intervenção, recorreram-se a diversas estratégias para potenciar as capacidades da população-alvo: instrução verbal simples e direta, em que a criança é informada sobre uma tarefa; ajuda verbal e/ou física prestada pelo técnico com o intuito de facilitar a concretização da tarefa; reforços, que estimulam a repetição de um comportamento, podem ser positivos (e.g. elogio) ou negativos (e.g. corrigir o que foi

mal executado); feedback, em que o técnico expressa a sua opinião acerca do desempenho da criança; demonstração, através da qual o técnico executa uma tarefa para exemplificar à criança de como a deve fazer; dar autonomia à criança na escolha das atividades, adaptando-as às suas necessidades; solicitar a ajuda da criança para montar e arrumar os materiais das sessões, promovendo a sua capacidade de organização; e reflexões que são importantes para a consciencialização das ações, aprender a gerir emoções e comportamentos bem como potenciar o respeito pelos outros.

#### **1.4. Atividades Complementares**

Para além da concretização da intervenção, a estagiária também participou noutras atividades: reuniões de equipa na ACCS, reuniões com a orientadora local e as colegas de estágio do 1.º ciclo, reuniões com os pais, observação de sessões de Terapia da Fala e participação na 1.ª semana de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Estas atividades foram importantes no processo de formação, na medida em que contribuíram para a aquisição de competências essenciais para a futura prática profissional. As mesmas serão descritas de seguida.

##### **1.4.1. Reuniões de Equipa na ACCS**

Semanalmente são agendadas reuniões de equipa na ACCS com todos os profissionais da equipa multidisciplinar, incluindo os seus estagiários, que apresentam diversos propósitos: efetuar o registo de novos casos, desistências, altas e mudanças de frequência de sessões; discutir sobre casos acompanhados; distribuir tarefas pelos técnicos (e.g. responsabilizar algum técnico para fazer uma avaliação ou rastreios); organizar eventos (e.g. workshops); realizar apresentações sobre workshops ou formações em que algum elemento da equipa tenha participado; e esclarecer dúvidas burocráticas. Durante o ano letivo de estágio, as reuniões ocorreram todas as semanas à quarta-feira das 11h30 às 13h.

Uma vez que todas as intervenções realizadas pela estagiária decorreram fora da associação, estas reuniões tornaram-se fundamentais para o esclarecimento de dúvidas acerca dos casos acompanhados. Além disso, foi importante observar e participar na dinâmica do trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar. Uma vez que um psicomotricista deve ter uma visão holística do ser humano, é crucial discutir e considerar as perspetivas de outros profissionais de saúde e educação para que, em conjunto, se atinjam as metas pretendidas.



#### **1.4.2. Reuniões com a Orientadora Local e as Colegas de Estágio do 1.º Ciclo**

Dado que as duas colegas de estágio do 1.º ciclo não tinham disponibilidade horária para participar nas reuniões de equipa da ACCS, foram realizadas, noutro horário, reuniões com as mesmas em conjunto com a orientadora local. Estas reuniões foram dedicadas ao esclarecimento de dúvidas por parte das estagiárias bem como à organização das atividades para o Projeto *Crescer na Escola* no Externato *A Ritinha* e o Programa de Promoção de Competências Sociais no Colégio Saint Daniel Brottier.

Para o planeamento das sessões do Programa de Promoção de Competências Sociais, as três estagiárias reuniam-se semanalmente à quinta-feira das 11h30 às 13h.

#### **1.4.3. Reuniões com os Pais**

Ao longo do estágio foram concretizadas duas reuniões com os pais de dois dos estudos de caso acompanhados.

A primeira reunião realizou-se com os pais do PD na ACCS no dia 24 de janeiro de 2018, das 14h às 15h30, em que a estagiária se apresentou e solicitou o consentimento formal dos pais para iniciar a intervenção. Além disso, foi aplicada a anamnese do PD por entrevista aos pais.

A outra reunião ocorreu com a mãe do AF no Centro Paroquial São João de Brito no dia 19 de junho de 2018, das 17h às 18h, na qual a estagiária apresentou resumidamente o processo de intervenção bem como os respetivos resultados e, ainda futuras recomendações terapêuticas. Previamente foi elaborado um relatório sintetizado com as informações referidas anteriormente que foi entregue à mãe do AF na reunião.

O contacto com a família foi uma nova experiência para a estagiária, o que se tornou um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de aprendizagem. Saber comunicar com a família é uma competência fundamental para um psicomotricista, sendo que este grupo social é um dos principais contextos que influencia o desenvolvimento das crianças e jovens. A família deve ser envolvida no processo de intervenção, funcionando como uma aliada à equipa multidisciplinar para obtenção dos resultados desejados.

#### **1.4.4. Observação de Sessões de Terapia da Fala**

A estagiária realizou três observações de sessões de Terapia da Fala, uma de cada um dos estudos de caso acompanhados, que decorreram nas respetivas escolas. Nas sessões foi observado a realização de atividades de associação (e.g. referir a função de um objeto), identificação (e.g. apontar para um elemento a pedido), nomeação (e.g. dizer o que está numa imagem) e categorização (e.g. agrupar imagens de frutas).

Estas observações foram importantes para que a estagiária obtivesse um maior conhecimento dos casos a acompanhar e estabelecesse alguma empatia com os mesmos.

#### **1.4.5. 1.<sup>a</sup> Semana de Reabilitação Psicomotora**

De 14 a 18 de maio de 2018 decorreu na Faculdade de Motricidade Humana a 1.<sup>a</sup> Semana de Reabilitação Psicomotora, com várias atividades que objetivaram a promoção da psicomotricidade nos âmbitos profissionais e científicos da faculdade e comunidade.

A coordenação do Mestrado em Reabilitação Psicomotora propôs aos alunos do 2.<sup>o</sup> ano a participação neste evento, através da realização de um póster reflexivo sobre o ano de estágio. Assim, a estagiária elaborou um póster com resposta a quatro questões: local de estágio, desafios, conquistas e sugestões para os futuros estagiários (anexo B). O póster esteve em exposição durante toda a semana de RP na feira de posters.

A organização deste tipo de eventos é muito importante para a divulgação da psicomotricidade. Além disso, a partilha de experiências e aprendizagens entre profissionais permite dar a conhecer outras perspetivas de métodos de trabalho desenvolvidos no âmbito da intervenção psicomotora.

## **2. Projeto *Crescer na Escola* no Externato *A Ritinha***

Como foi referido na caracterização da instituição (parte I – ponto 1.6.), a ACCS desenvolve diversos projetos, entre os quais o projeto *Crescer na Escola* que visa a divulgação dos diversos serviços da associação no contexto escolar. Este projeto tem sido implementado no Externato *A Ritinha* no âmbito da psicomotricidade, tendo como principal objetivo a promoção do desenvolvimento global das crianças através da educação psicomotora (ACCS, 2017).

Este capítulo apresenta o processo de intervenção realizado com três crianças do Externato *A Ritinha* no âmbito do projeto *Crescer na Escola*, dividindo-se em oito subcapítulos: metodologia (caracterização dos casos e caracterização do instrumento de avaliação), procedimentos, avaliação inicial, plano de intervenção, descrição da intervenção, avaliação final, discussão de resultados e conclusões.

### **2.1. Metodologia**

#### **2.1.1. Caracterização dos Casos**

No externato *A Ritinha* foram acompanhadas três crianças que, no início da intervenção, apresentavam idades compreendidas entre os 9 e os 12 meses, duas do género feminino e uma do género masculino e, todas frequentavam a mesma sala de berçário. De seguida, serão descritos com mais detalhe os casos acompanhados.

A MI é uma criança do género feminino com nacionalidade portuguesa que nasceu a 1 de outubro de 2016, tendo 12 meses no início da intervenção. A MI vive com os pais num apartamento, com os quais realiza diversas atividades (e.g. passear) e brinca

diariamente durante cerca de 1 a 5 horas. No que se refere ao período de gestação, a gravidez foi planeada e acompanhada, não ocorrendo complicações durante a mesma. O parto foi normal e sem complicações, sendo o tempo de gestação de 40 semanas. A MI é uma criança saudável, não havendo registo de doenças ou problemas de saúde e é acompanhada pelo pediatra. Os pais revelam ainda que não têm nenhuma preocupação particular com o desenvolvimento da sua filha.

O PT é uma criança do género masculino com nacionalidade portuguesa que nasceu a 30 de novembro de 2016, pelo que no início da intervenção tinha 11 meses de idade. O PT vive com o pai e a mãe num apartamento, estes disponibilizam-se todos os dias para realizar atividades com o seu filho (e.g. brincar), mantendo assim uma boa relação com o mesmo. Relativamente ao período de gestação, a gravidez foi planeada e acompanhada, mas surgiu colestase hepática que pode ter trazido consequências no tempo de gestação (36 semanas). Contudo, no parto não surgiram complicações e, atualmente, o PT é uma criança saudável. Até ao momento não foi detetado nenhum tipo de doença ou problema de saúde e é acompanhado pelo pediatra. Os pais referem que não têm preocupações com o desenvolvimento do seu filho.

A MM é uma criança do género feminino com nacionalidade portuguesa que nasceu a 23 de janeiro de 2017, apresentando 9 meses no início da intervenção. A MM vive com os pais num apartamento, com os quais realiza diariamente diversas atividades, disponibilizando cerca de 4 a 6 horas para brincar com a sua filha. Em relação ao período de gestação, a gravidez não foi planeada mas foi acompanhada e sem complicações. A MM nasceu de cesariana com 34 semanas de gestação. É uma criança saudável, apenas tem alergia a morangos (toma medicação para esse efeito). Relativamente ao desenvolvimento, os pais não têm preocupações particulares.

### **2.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Schedule of Growing Skills II**

O instrumento de rastreio utilizado para avaliar o desenvolvimento das crianças do Externato *A Ritinha* foi a Schedule of Growing Skills II (SGS II). Esta escala foi construída por Bellman, Lingam e Aukett no Reino Unido em 1996, que se basearam nas sequências de desenvolvimento da Mary Sheridan (Bellman, Lingam e Aukett, 1996). Em 1999, a SGS II foi traduzida e adaptada no âmbito de investigação para a versão portuguesa, sob a coordenação de Teresa Brandão (Fritz, Nascimento, Pranto, Lourenço, Carreto, Guimarães e Brandão, 1999a, 1999b).

A Schedule of Growing Skills II avalia crianças dos 0 aos 5 anos de idade, indicando se o desenvolvimento está a ocorrer dentro do padrão normal e/ou se é necessário referenciar para uma avaliação mais pormenorizada ou para uma intervenção pedagógico-terapêutica. Desta forma, este é um instrumento de referência à norma que fornece

informação acerca de dez áreas do desenvolvimento, permitindo identificar as áreas fortes, fracas e intermédias da criança. É de referir que este teste não nos permite estabelecer um diagnóstico, mas sim identificar a origem do problema evidenciado pela criança (Bellman et al., 1996).

Estruturalmente, a SGS II é constituída por 179 itens organizados em nove áreas que, por sua vez, se dividem em 23 subescalas. Além disso, este instrumento avalia a área da cognição, através de itens que se encontram incorporados nas restantes nove áreas do desenvolvimento (tabela 4) (Bellman et al., 1996; Fritz et al., 1999a, 1999b).

Tabela 4 - Caracterização estrutural da SGS II (Bellman et al., 1996; Fritz et al., 1999a, 1999b).

Área	Subescalas	N.º de Itens
Capacidades Posturais Passivas	Posição Supina; Suspensão Ventral; Tração Para a Posição Sentada; Posição Sentado.	9
Capacidades Posturais Ativas	Decúbito Ventral; Posição de Sentado; Posição de Pé.	12
Capacidades Locomotoras	Movimento e Equilíbrio; Escadas.	20
Capacidades Manipulativas	Mãos; Cubos; Desenho; Desenho Figura Humana.	28
Capacidades Visuais	Sunção Visual; Compreensão Visual.	20
Audição e Fala	Função; Compreensão Auditiva.	21
Fala e Linguagem	Vocalização; Linguagem Expressiva.	22
Capacidades de Interação Social	Comportamento Social; Jogo.	24
Autonomia	Alimentação; Higiene.	23
Cognição	-	34 (incorporados nas restantes áreas)

A Schedule of Growing Skills II é de fácil e rápida aplicação (aproximadamente 20 minutos), sendo necessário preparar previamente alguns materiais que estão descritos no manual de utilizador. Os itens que não são possíveis de observar no momento devem ser questionados aos pais ou prestadores de cuidados. Além disso, a primeira subescala das áreas das capacidades visuais, audição e fala e, fala e linguagem só se aplicam a crianças até aos 12 meses de idade, às crianças com idade superior, caso não seja aplicado, é atribuída a cotação máxima (Bellman et al., 1996).

Relativamente à pontuação, a cada item de cada subescala é atribuído um valor, que se encontra no lado direito na ficha de registo (anexo C) e que corresponde ao número do item dentro da subescala (e.g. a subescala do decúbito ventral é composta por cinco itens, o primeiro item tem a cotação de 1, o segundo item tem a cotação de 2 e assim sucessivamente, sendo que nessa subescala a pontuação máxima é de 5). Desta forma, a cotação varia de subescala para subescala em função da quantidade de itens que as constituem. Para a obtenção da pontuação de cada área, soma-se os valores mais elevados conseguidos nas subescalas correspondentes. No caso de a criança falhar um

determinado item, mas realizar o item seguinte com valor superior, é este último que é cotado (Bellman et al., 1996).

A cotação para a área cognitiva é diferenciada das outras áreas, uma vez que nesta a pontuação é feita através da simples contagem de itens. Assim, o número total de itens assinalados na ficha de registo com o símbolo © que são realizados ou observados, corresponde ao valor da pontuação da área cognitiva (Bellman et al., 1996).

Concluída a avaliação e atribuição dos scores em cada área do desenvolvimento, no final da ficha de registo é estabelecido graficamente o perfil de desenvolvimento em função da idade da criança, o que nos permite identificar as áreas fortes, intermédias e a desenvolver da mesma (Bellman et al., 1996).

## **2.2. Procedimentos**

Através do protocolo de colaboração da ACCS com o Externato *A Ritinha*, é disponibilizado há vários anos o acompanhamento pelos estagiários às crianças desta instituição, no âmbito do projeto *Crescer na Escola - Crescer com a Psicomotricidade*. Assim, este projeto começou a ser implementado no dia 19 de outubro de 2017, em conjunto com as colegas de estágio do 1.º ciclo do Curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.

De forma a ser autorizado formalmente pelos pais a concretização do acompanhamento e, para que se recolhesse informações acerca das crianças, foram aplicadas anamneses (anexo D).

## **2.3. Avaliação Inicial**

As avaliações iniciais foram realizadas nos dias 19 e 26 de outubro e 2 de novembro de 2017, das 9 às 11 horas, na sala de berçário do Externato *A Ritinha*. A sala de dimensões médias organizava-se por zonas (e.g. espaço para mudar a fralda, tapete, espelho com trave, caixa com brinquedos, etc.), apresentava boa luminosidade e muito material. Para a concretização das avaliações foram preparados previamente alguns materiais, descritos no manual do utilizador da SGS II.

### **2.3.1. Apresentação de Resultados**

Os resultados das avaliações iniciais são apresentados no quadro da figura 6, no qual se encontram os perfis intraindividuais das crianças do Externato *A Ritinha*.

Os resultados obtidos demonstram que, na maioria das áreas, todas as crianças apresentam um desenvolvimento adequado ao expectável para as suas idades (MI com 12 meses, PT com 11 meses e MM com 9 meses). Contudo, existem algumas áreas em que se verifica que o desenvolvimento não corresponde ao previsto para as suas idades.

No desenvolvimento da MI podemos identificar como áreas fortes a locomoção, a manipulação, a interação social e a autonomia e, como áreas a desenvolver as capacidades visuais e a cognição. As restantes áreas podem ser classificadas como intermédias, que também devem continuar a ser estimuladas, de forma a garantir a progressão no desenvolvimento.

No desenvolvimento do PT podemos considerar como áreas fortes a locomoção, as capacidades manipulativas, a interação social e a autonomia e, como áreas a desenvolver as capacidades visuais e a cognição. As restantes áreas podem ser denominadas como intermédias, que também devem continuar a ser trabalhadas, assegurando a progressão no desenvolvimento.

No desenvolvimento da MM podemos estabelecer como áreas fortes a locomoção, a audição e fala, a interação social e a autonomia e, como área a desenvolver a fala e linguagem. As restantes áreas podem ser consideradas como intermédias, que também devem continuar a ser estimuladas, promovendo evoluções no desenvolvimento.

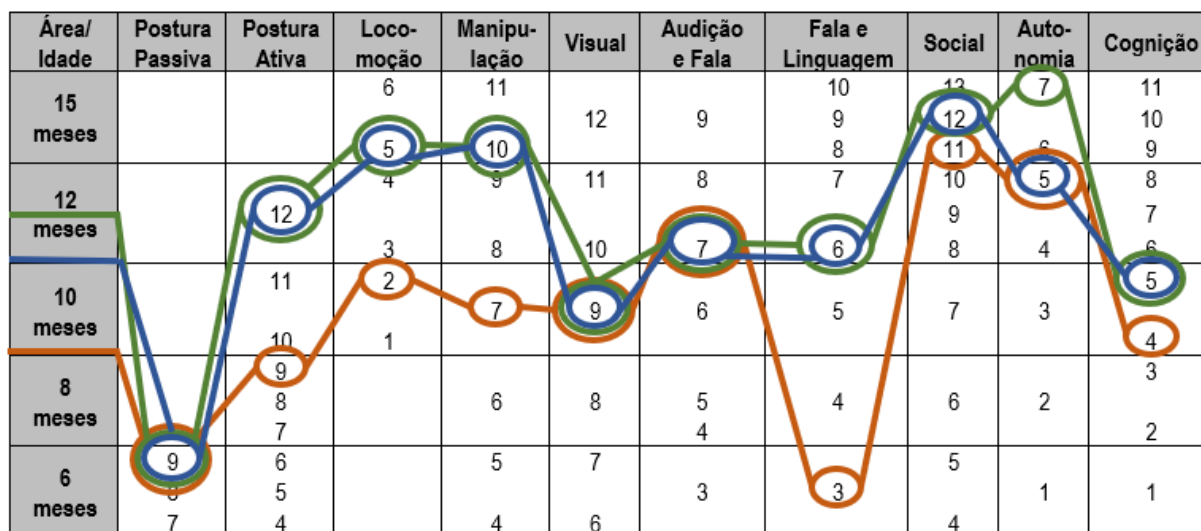


Figura 6 - Perfis de desenvolvimento intraindividuais iniciais das crianças do Externato A Ritinha.

Legenda: — MI; — PT; — MM.

Terminadas as avaliações iniciais, elaborou-se um plano de intervenção para cada criança.

## 2.4. Plano de Intervenção

As características gerais referentes aos planos de intervenção das crianças do Externato A Ritinha são apresentadas na tabela 5.

Tabela 5 - Características gerais dos planos de intervenção das crianças do Externato *A Ritinha*.

<b>Casos</b>	MI com 12 meses, PT com 11 meses e MM com 9 meses, sem patologias diagnosticadas
<b>Tipo de Intervenção</b>	Intervenção Psicomotora Individual
<b>Duração</b>	8 meses
<b>Frequência</b>	Semanal à quinta-feira de manhã (30 minutos de sessão)
<b>N.º Total de Sessões</b>	30 sessões
<b>Divisão das Sessões</b>	Avaliação Inicial: 19 e 26 de outubro e 2 de novembro de 2017; Intervenção: novembro de 2017 a maio de 2018; Avaliação Final: 31 de maio e 7 de junho de 2018.
<b>Instrumento de Avaliação</b>	Schedule of Growing Skills II
<b>Recursos Materiais</b>	Material elaborado pela estagiária e do Externato <i>A Ritinha</i>
<b>Contexto</b>	Salas de berçário do Externato <i>A Ritinha</i>

Tendo em conta os resultados obtidos nas avaliações iniciais, foram estabelecidos individualmente objetivos de intervenção, que serão apresentados de seguida.

Para a MI considerou-se que as áreas de intervenção seriam: locomoção, manipulação, visual, audição e fala e, fala e linguagem. Para cada uma destas áreas foram definidos objetivos de intervenção que se encontram na tabela 6.

Tabela 6 - Objetivos de intervenção da MI.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
Melhorar as capacidades locomotoras	1. Promover a marcha autónoma 2. Desenvolver a capacidade de subir e descer escadas sem apoio
Promover as capacidades manipulativas	1. Melhorar a capacidade de realizar a pinça nítida (pega entre o polegar e o indicador)
Desenvolver as capacidades visuais	1. Melhorar a noção de permanência do objeto 2. Melhorar a capacidade de fixar/identificar objetos
Estimular as capacidades de audição e fala	1. Promover a capacidade de compreensão auditiva
Promover as capacidades de fala e linguagem	1. Promover a capacidade de expressão verbal

Para o PT identificou-se como áreas de intervenção: a locomoção, a manipulação, a visual, a audição e fala e, a fala e linguagem. Para cada uma destas áreas foram definidos objetivos de intervenção que são apresentados na tabela 7.

Tabela 7 - Objetivos de intervenção do PT.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
Promover as capacidades locomotoras	1. Promover a marcha autónoma 2. Desenvolver a capacidade de subir e descer escadas
Estimular as capacidades manipulativas	1. Melhorar a capacidade de realizar a pinça nítida (pega entre o polegar e o indicador)
Desenvolver as capacidades visuais	1. Melhorar a capacidade de fixar/identificar objetos
Melhorar as capacidades de audição e fala	1. Promover a capacidade de compreensão auditiva
Promover as capacidades de fala e linguagem	1. Promover a capacidade de expressão verbal

Para a MM achou-se que as áreas de intervenção seriam: a postura ativa, a locomoção, a manipulação, a visual, a audição e fala e, a fala e linguagem. Para cada área foram definidos objetivos de intervenção que se encontram na tabela 8.

Tabela 8 - Objetivos de intervenção da MM.

Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
Promover as capacidades posturais ativas	1. Promover a capacidade de passar para a posição sentado 2. Melhorar a capacidade de permanência na posição de pé
Estimular as capacidades locomotoras	1. Melhorar a capacidade de gatinhar 2. Desenvolver a marcha autónoma
Melhorar as capacidades manipulativas	1. Promover a capacidade de realizar a pinça nítida (pega entre o polegar e o indicador)
Promover as capacidades visuais	1. Melhorar a noção de permanência do objeto 2. Melhorar a capacidade de fixar/identificar objetos
Melhorar as capacidades de audição e fala	1. Promover a capacidade de compreensão auditiva
Desenvolver as capacidades de fala e linguagem	1. Promover a capacidade de expressão verbal

As estratégias planeadas para tornar a intervenção mais eficaz foram: 1) estabelecer uma relação empática com as crianças; 2) estruturar todas as sessões de forma semelhante; 3) demonstrar como forma de instrução; 4) utilizar instruções verbais simples e diretas; 5) prestar ajuda física sempre que necessário; 6) recorrer a feedbacks e a reforços positivos e negativos/corretivos; 7) simplificar ou complexificar as atividades sempre que necessário; 8) providenciar atividades de carácter lúdico; e 9) utilizar o material como mediador das atividades para promover a interação com a estagiária e o contexto.

Após o estabelecimento do plano de intervenção, prosseguiu-se para as sessões de intervenção.

## 2.5. Descrição da Intervenção

As crianças do Externato *A Ritinha* começaram a ser acompanhadas em outubro de 2017, sendo nesse mês que se concretizou a avaliação inicial e a aplicação das anamneses. De novembro de 2017 até maio de 2018, efetuaram-se as sessões individuais de cariz preventivo focadas na promoção do desenvolvimento (os planeamentos e observações das sessões encontram-se no anexo E), com duração de 30 minutos, no horário e contexto planeados (tabela 5 do ponto 2.4.). Em junho de 2018, as crianças foram reavaliadas, tendo terminado o processo de intervenção.

A intervenção decorreu durante 8 meses, tal como era previsto. No entanto, estavam planeadas 30 sessões para cada criança, das quais se realizaram 13 com a MI, 27 com o PT e 25 com a MM, por motivos de ausência das crianças e também da estagiária. No caso da MI apenas foram concretizadas 13 sessões porque, em fevereiro de 2018, esta



foi transferida para outra creche e, uma vez que a estagiária só teve conhecimento em março, não foi efetuada a sua avaliação final.

## 2.6. Avaliação Final

As avaliações finais decorreram nos dias 31 de maio e 7 de junho de 2018, numa sala de berçário do Externato *A Ritinha*. A sala de boas dimensões organizava-se por zonas (e.g. tapete com brinquedos, piscina de bolas, televisão, baloiço, etc.), apresentava boa luminosidade e diversos materiais. Para a concretização destas avaliações foram preparados previamente alguns materiais, descritos no manual do utilizador da SGS II.

### 2.6.1. Apresentação de Resultados

Na avaliação final, a SGS II foi aplicada apenas a duas crianças, uma vez que a restante saiu do Externato *A Ritinha* em fevereiro. No quadro da figura 7 encontram-se os resultados das avaliações finais do PT e da MM.

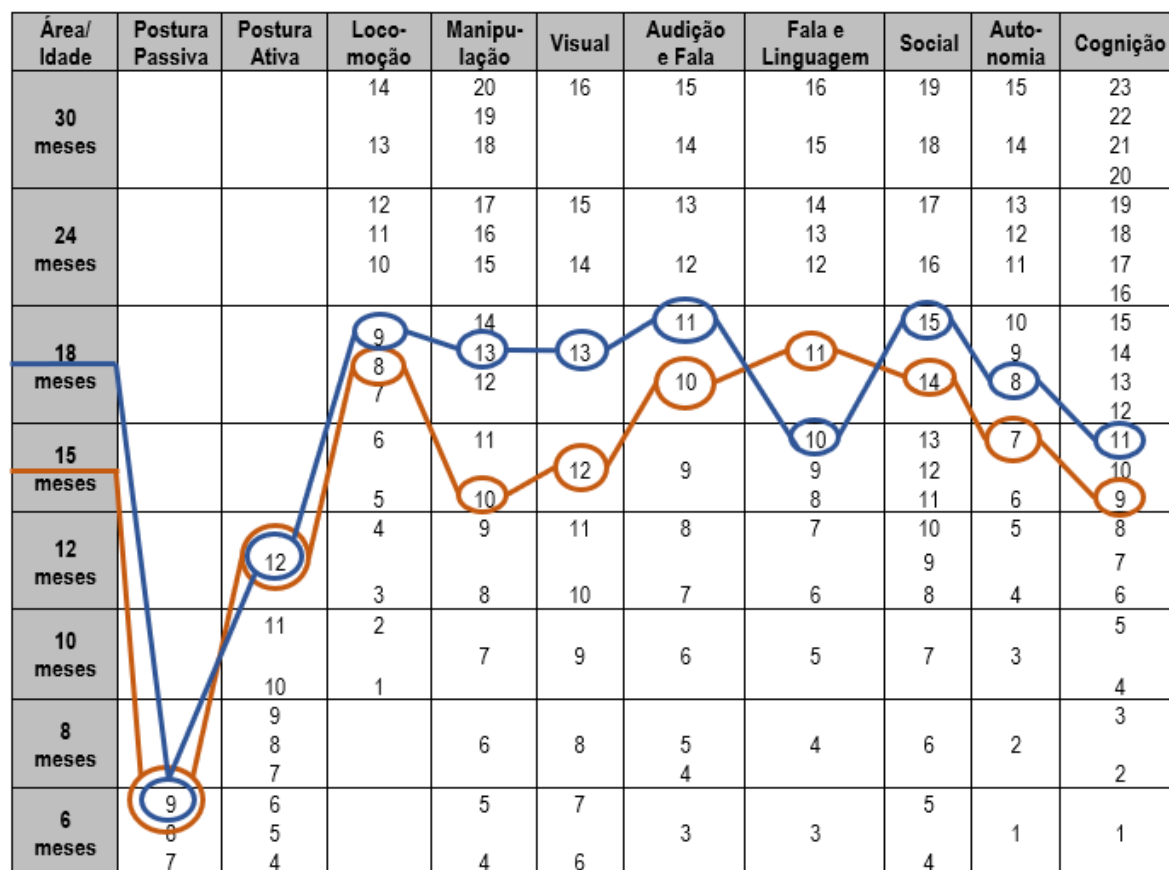


Figura 7 - Perfis de desenvolvimento intraindividuais finais das crianças do Externato *A Ritinha*.

Legenda: — PT; — MM.

Os resultados apresentados no quadro da figura anterior indicam que, na maioria das áreas, as crianças apresentam um desenvolvimento adequado ao esperado para as suas idades (PT com 19 meses e MM com 16 meses). Apesar disso, nalgumas áreas observa-se que o desenvolvimento não corresponde ao previsto para as suas idades.

No perfil de desenvolvimento do PT podemos identificar como áreas fortes a locomoção, a audição e fala e a interação social e, como áreas a desenvolver a fala e linguagem e a cognição. As restantes áreas são consideradas como intermédias, correspondendo àquilo que é expectável para a sua idade (19 meses).

No perfil desenvolvimento da MM definimos como áreas fortes a locomoção, a audição e fala, fala e linguagem, a interação social e a autonomia. As restantes áreas podem ser classificadas como intermédias, estando nos parâmetros esperados para a sua idade (16 meses).

Concluído o processo de intervenção, analisou-se os resultados obtidos.

## **2.7. Discussão de Resultados**

Comparando os resultados dos dois momentos de avaliação, verifica-se que tanto o PT como a MM tiveram algumas evoluções. Apesar de ser de esperar que no decurso da idade se atinjam determinadas competências (Papalia e Feldman, 2013), algumas das áreas que no início da intervenção se encontravam ligeiramente abaixo do esperado atingiram os parâmetros correspondentes para as suas idades. A MI, apesar de não ter sido reavaliada, também teve algumas conquistas observadas durante sessões.

O PT mostrou-se uma criança ativa e empática, com muita facilidade em aderir às tarefas e em permanecer envolvido nas mesmas durante algum tempo, mesmo quando a estagiária dava atenção a outras crianças. Nas sessões apresentava alguma iniciativa para interagir com os outros e tinha muita vontade de explorar tudo o que o rodeava. Esta exploração foi-se tornando cada vez mais evidente e intencional, à medida que ocorriam os ganhos ao nível do equilíbrio, da locomoção (começou a caminhar), da manipulação (melhorou a preensão entre o polegar e o indicador) e das capacidades visuais (evoluiu ao nível da perceção, mostrando ser capaz de identificar alguns objetos – e.g. bola). As áreas da cognição e da fala e linguagem não tiveram muita evolução, pelo que na avaliação final encontravam-se abaixo do previsto para a sua idade. No entanto, sabe-se que os ritmos e momentos de desenvolvimento diferem entre as pessoas e dependem não apenas do domínio de certas tarefas, mas também das características individuais (Papalia e Feldman, 2013), por isso estas ligeiras variações não são preocupantes. Estas observações indicam que o PT se encontra no estágio psicomotor sensório-motor (Wallon, 1975 cit. in Fonseca, 2005) e, sendo esse o estágio suposto para a sua idade (19 meses), considera-se que o seu desenvolvimento é normal.

Nas primeiras sessões, a MM apresentava-se um pouco tímida e retraída, mas após ganhar confiança com a estagiária, revelou-se ser uma criança afetiva e observadora daquilo que a rodeava. Nas sessões mostrava-se empenhada nas tarefas que eram realizadas e em determinada altura solicitava constantemente a atenção da estagiária, mas ao longo do tempo foi-se tornando mais autónoma, principalmente quando começou a

caminhar (quase no fim da intervenção). A aquisição de competências ao nível da postura (passou a conseguir manter-se de pé sozinha), da manipulação (melhorou a preensão entre o polegar e o indicador), da perceção (começou a identificar objetos) e da linguagem (muitas vezes chamava à atenção através de sons e tentava repetir palavras) também contribuíram para a sua progressão ao nível da autonomia na exploração de si própria, do espaço e dos objetos. No final da intervenção, todas as áreas estavam dentro dos parâmetros de desenvolvimento esperados para a sua idade (16 meses). Isto indica que a MM apresenta um desenvolvimento normal (Papalia e Feldman, 2013), encontrando-se no estágio psicomotor sensório-motor (Wallon, 1975 cit. in Fonseca, 2005).

A MI revelou-se uma criança enérgica e risonha, com bastante independência para brincar e muita curiosidade em explorar todas as possibilidades do meio. Nas sessões, apresentava pouca iniciativa para interagir com os colegas e permanecia pouco tempo envolvida nas tarefas, mas com reforço foi começando a conseguir manter-se mais concentrada numa só atividade. Além disso, no decorrer das sessões registaram-se algumas melhorias ao nível do equilíbrio, da locomoção (adquiriu marcha autónoma e melhorou a capacidade de subir e descer escadas), da manipulação (melhorou a preensão entre o polegar e o indicador), das capacidades visuais (ganhou a noção de permanência do objeto e de identificar objetos) e da fala e linguagem (tentava reproduzir/repetir algumas palavras). Tendo em conta estes aspetos, pensa-se que a MI se encontra no estágio psicomotor sensório-motor (Wallon, 1975 cit. in Fonseca, 2005), apresentando um desenvolvimento normal (Papalia e Feldman, 2013).

Estes resultados comprovam que a intervenção psicomotora de cariz preventivo pode ser benéfica na promoção do desenvolvimento infantil, contribuindo para a otimização das potencialidades das crianças (APP, 2017; Martins, 2001). Esta intervenção baseou-se na realização de atividades lúdicas (APP, 2017), com o estabelecimento de um espaço psicomotor de prazer sensório-motor, de jogo simbólico e de representações, aliado a um ambiente de segurança e confiança (Almeida, 2005; Costa, 2008; Martins, 2001).

## **2.8. Conclusões**

A intervenção psicomotora de cariz preventivo revelou-se benéfica na promoção do desenvolvimento das três crianças acompanhadas individualmente no Externato *A Ritinha*. Estas medidas de prevenção são de extrema importância, na medida em que ao estimularem competências fundamentais para a progressão do desenvolvimento, aumentam a probabilidade das crianças serem bem-sucedidas futuramente, atenuando o risco de ocorrência de perturbações ou dificuldades de aprendizagem. Além disso, este tipo de projetos pode contribuir para a sinalização precoce de desvios no desenvolvimento das crianças, o que permitirá tomar medidas de intervenção que respondam atempadamente às necessidades evidenciadas.

Como principal limitação, considera-se o fato da intervenção, apesar de ser individual, ocorrer com todas as crianças no mesmo espaço. Inicialmente, a intervenção decorria numa das salas de berçário, onde se encontravam diversas crianças além das que recebiam o acompanhamento. Mais tarde, a intervenção passou a ser realizada noutra sala de berçário, na qual estavam presentes apenas as crianças que eram acompanhadas. Assim, de forma a que a estagiária pudesse vigiar todas as crianças, quando as atividades planeadas eram iguais para todos, estas eram realizadas por todos ao mesmo tempo, cada um no seu espaço. Sendo a intervenção do tipo individual e efetuada em idades tão precoces, este aspeto impediu que a estagiária prestasse tanta atenção e apoio individualizado a cada criança. Muitas vezes, as crianças dispersavam e desinteressavam-se pelas atividades.

No âmbito deste projeto, a idade da população-alvo foi um desafio. Uma vez que a estagiária nunca tinha estado em contacto com crianças de idades tão baixas, por vezes surgiam dúvidas sobre o tipo de atividades que seriam realizadas nas sessões, se estariam ou não adaptadas às suas idades e capacidades. No entanto, com a ajuda da orientadora local e partilha de informação com as colegas de estágio do 1.º ciclo, foi possível ultrapassar essas incertezas e perceber as melhores estratégias a adotar.

### **3. Programa de Promoção de Competências Sociais no Colégio Saint Daniel Brottier**

Neste capítulo será descrito o processo de intervenção concretizado com uma turma do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier no âmbito da aplicação do Programa de Promoção de Competências Sociais, da autoria de Margarida Matos (1997).

Este capítulo organiza-se em oito subcapítulos: caracterização do Programa de Promoção de Competências Sociais, metodologia (caracterização do grupo e caracterização do instrumento de avaliação), procedimentos, avaliação inicial, descrição da intervenção, avaliação final, discussão de resultados e conclusões.

#### **3.1. Caracterização do Programa de Promoção de Competências Sociais**

O Programa de Promoção de Competências Sociais (PPCS) tem como finalidade a prevenção de problemas de comportamento social, destinando-se a crianças dos primeiros anos de escolaridade, a adolescentes do ensino secundário e a adolescentes tutelados (Matos, 1997).

Este programa propõe uma intervenção baseada em exercícios de carácter fundamentalmente lúdico que visam ajudar os jovens no reconhecimento das suas capacidades e a oportunidade de as aplicar na sua relação com o envolvimento social

(escola, casa e grupos sociais). Através de um trabalho reflexivo sobre a forma de relacionamento com o mundo físico e social, é promovido em cada jovem a sua socialização e, simultaneamente o respeito pela sua individualidade. Além disso, os exercícios propostos pretendem que os jovens vivenciem momentos alegres, de descontração e bem-estar (Matos, 1997).

Considerando que os problemas de comportamento social podem estar associados ao desajustamento escolar, indiretamente, o PPCS pretende gerar efeitos positivos no investimento dos jovens nas aprendizagens escolares, prevenindo o insucesso escolar (Matos, 1997).

O PPCS privilegia o corpo e o movimento como objetos de intervenção no âmbito do comportamento social. Neste sentido, baseia-se em três componentes que envolvem essa estratégia de mediatização corporal (Matos, 1997):

- **Comunicação interpessoal** - identificação e aplicação das componentes do comportamento aberto na comunicação interpessoal verbal e não-verbal, promovendo a tomada de consciência do corpo e respetivas possibilidades, bem como as capacidades de comunicação verbal e não-verbal;
- **Resolução de problemas e gestão de conflitos** – aplicação de estratégias de identificação e solução de problemas e conflitos, estimulando a aprendizagem de abordagem dos mesmos e, as capacidades de cooperação e trabalho de equipa;
- **Habilidades sociais e assertividade** - identificação e aplicação de comportamentos assertivos em diferentes contextos, desenvolvendo a habilidade de estabelecer e manter relações interpessoais, de reconhecer e usar respostas assertivas, de autocontrolo e de perceção da eficácia pessoal.

Tendo em conta estas componentes, o programa apresenta cinco objetivos gerais de intervenção (Matos, 1997):

- Analisar comportamentos relacionais e usuais (não-verbais e verbais), através da tomada de consciência do corpo e suas potencialidades e do reconhecimento de três tipos de respostas relacionais (agressiva, passiva e assertiva) e respetivas componentes verbais e não-verbais;
- Refletir em grupo sobre as vantagens e inconvenientes de diferentes tipos relacionais (antecipação de consequências e comportamentos alternativos);
- Aprender um método de abordar situações problema (identificar e solucionar);
- Analisar e modificar determinadas cognições relacionadas a sequências habituais de comportamentos abertos;
- Manter e generalizar as aquisições na vida diária.

O PPCS é composto por 14 sessões de 90 minutos e com frequência semanal, no qual a primeira e última sessões são dedicadas à avaliação. As sessões do programa apresentam uma estrutura semelhante com um conjunto de exercícios que pretendem trabalhar sete situações, em que os respetivos conteúdos evoluem no decorrer das 12 sessões. Assim, as sessões são constituídas pela seguinte estrutura:

1. Comunicação não-verbal (15 minutos) - desenvolver a consciência do corpo e das suas possibilidades expressivas na comunicação interpessoal;
2. Diálogo (10 minutos) - promover competências de comunicação verbal (falar/ouvir) e de generalização ao quotidiano (verificar os efeitos das vivências na realidade de cada um);
3. Solução de problemas (15 minutos) - estimular capacidades de planeamento e realização em trabalho de equipa;
4. Dramatização de situações (15 minutos) - identificar alternativas assertivas, passivas e agressivas e, promover as competências de perceção, análise e realização, que permitem otimizar o relacionamento interpessoal;
5. Jogo de regras (10 minutos) – desenvolver competências de relacionamento interpessoal em atividades diversificadas ou próximas das suas vivências reais de carácter lúdico;
6. Descontração (10 minutos) – sentir o corpo em tranquilidade;
7. Trabalho de casa (10 minutos) - generalizar o trabalho de sessão à vivência do dia a dia da criança.

De forma geral, o PPCS procura facilitar nos jovens o ajuste do seu comportamento social ao seu objeto relacional e prevenir desajustamentos sociais e pessoais dos mesmos (Matos, 1997).

## 3.2. Metodologia

### 3.2.1. Caracterização do Grupo

O PPCS foi aplicado a uma turma do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier constituída por 19 crianças, 11 do género masculino e 8 do género feminino com idades compreendidas entre os 5 e os 7 anos. Na tabela 9 é apresentada a caracterização demográfica do grupo.

Tabela 9 - Caracterização demográfica do grupo.

Características		N
Género	Masculino	11
	Feminino	8
Idade (anos)	5	2
	6	15
	7	2
Nacionalidade	Portuguesa	17
	Brasileira	2

A maioria das crianças desta turma apresentam um desenvolvimento típico, existindo cerca de 5% de alunos com Necessidades Educativas Especiais transitórias ou permanentes. Dois alunos, um do género masculino e outro do género feminino, foram sinalizados com sobredotação pela Associação Portuguesa de Crianças Sobredotadas (APCS). Outro aluno é o PD, um dos estudos de caso, que está inserido nesta turma e apresenta atraso global do desenvolvimento, uma perturbação da linguagem e comportamentos de oposição observáveis. Sabe-se ainda que outra criança do género masculino é acompanhada em psicologia devido a problemas de comportamento, contudo não é considerada com NEE.

### **3.2.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Sociograma**

O instrumento utilizado para avaliar as competências sociais das crianças do grupo foi um Sociograma (anexo F), da autoria da ACCS. Este instrumento objetiva a recolha de informação qualitativa sobre as relações sociais entre as crianças e as capacidades de resolução de problemas, sendo constituído por nove perguntas:

1. Identifica cada um dos círculos com o nome e desenho do rosto dos teus colegas. Ao centro coloca o teu nome e autorretrato.
2. Rodeia a verde os colegas com quem mais gostas de estudar e fazer trabalhos.
3. Rodeia a azul os colegas com quem mais gostas de brincar no recreio.
4. Rodeia a laranja os colegas que já convidaste para ir a tua casa brincar.
5. Que brincadeira fizeste com os colegas que assinalaste na pergunta anterior?
6. Dá a cada colega uma pontuação de acordo com o seguinte critério: se é muito meu amigo 3 pontos, se é mais ou menos meu amigo 2 pontos, se não é meu amigo 1 ponto.
7. Se um colega mexer num brinquedo teu, sem pedir autorização, e o partir, o que fazes?
8. Se convidares um colega para brincar contigo e ele não quiser, o que fazes?
9. Se um colega teu te empurrar e caíres, o que fazes?

O Sociograma não requer a utilização de material específico e pode ser preenchido pelas próprias crianças com ou sem a ajuda do técnico.

### **3.3. Procedimentos**

A partir do protocolo de colaboração da ACCS com o Colégio Saint Daniel Brottier e de algumas queixas da professora acerca do comportamento da turma, a orientadora local propôs a aplicação do PPCS, juntamente com as colegas de estágio do 1.º ciclo do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Tanto a escola como os pais dos alunos consentiram a aplicação do programa, que foi iniciada no dia 30 de janeiro de 2018.

A análise e tratamento dos dados recolhidos nas avaliações foi efetuada com recurso a dois programas: Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25 e Excel.

### 3.4. Avaliação Inicial

A avaliação inicial decorreu no dia 30 de janeiro de 2018, das 9h às 10h, na sala de aula do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier. A sala encontrava-se organizada por áreas de estudo, as mesas dispostas por quatro grupos de quatro a cinco elementos e, nas paredes estavam expostos os trabalhos elaborados pelos alunos durante o ano letivo.

Uma vez que o grupo é constituído por alunos do 1.º ano do 1.º ciclo, quando se iniciou a aplicação do PPCS, muitos não sabiam ler nem escrever autonomamente. Por este motivo, a orientadora local e as estagiárias auxiliaram as crianças no preenchimento do sociograma e na escrita das respostas às perguntas descritivas.

#### 3.4.1. Apresentação de Resultados

Na tabela que segue são descritos estatisticamente os resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação inicial.

Tabela 10 - Resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação inicial do grupo.

Perguntas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2 - Com quantos amigos gosta de fazer trabalhos	19	0	18	7,11	5,72
3 - Com quantos amigos gosta de brincar no recreio	19	2	18	7,26	4,28
4 - Quantos amigos foram a casa brincar	19	0	3	0,84	0,958
6 - Pontos de amizade recebidos	19	35	48	41,53	3,81

Estes resultados indicam que, em média, os alunos gostam de fazer trabalhos e brincar no recreio com 7 colegas, com um desvio padrão de 6 na pergunta 2 e de 4 na pergunta 3. Na pergunta 4, em média, 1 colega já foi brincar a casa com desvio padrão de 1, sendo referidas diversas brincadeiras (pergunta 5), como jogar futebol, apanhada, brincar com carros, etc.

Na pergunta de atribuição de pontos em função do nível de amizade, em média, cada aluno recebeu 42 pontos com desvio padrão de 4, em que o mínimo de pontos poderia ser 18 e o máximo de 54. Nesta pergunta, 7 crianças tiveram a pontuação média de 3 (muito meu amigo), 12 crianças tiveram 2 (mais ou menos meu amigo) e nenhuma teve de 1 (não é meu amigo).

Nas perguntas de gestão e resolução de problemas, nas perguntas 7 e 9 a resposta mais frequente foi a solicitação de apoio a um adulto e, na pergunta 8 a maioria deu uma resposta de reação assertiva (e.g. “brinco com outra pessoa”).



Uma vez que o programa aplicado foi desenvolvido por outrem, não foi necessário efetuar o planeamento da intervenção, pelo que as suas características (tipo de intervenção, duração, frequência, número e divisão de sessões, objetivos e estratégias) já foram referidas no ponto 3.1. Assim, será feita apenas uma breve descrição da intervenção.

### **3.5. Descrição da Intervenção**

A aplicação do PPCS iniciou-se no dia 30 de janeiro de 2018 com a avaliação inicial. De janeiro até maio de 2018, decorreram as sessões de grupo centradas na promoção das competências sociais (os planeamentos encontram-se no anexo G), com duração de 60 minutos à terça-feira no ginásio ou biblioteca do Colégio Saint Daniel Brottier. As sessões seguiram a estrutura e os planeamentos definidos pelo PPCS e foram dinamizadas pelas estagiárias em conjunto com a professora da turma. No final de maio de 2018, realizou-se a avaliação final.

No início de junho de 2018, foi ainda solicitado aos alunos que fizessem um desenho sobre o programa e escrevessem um breve texto sobre o que gostaram mais e menos e, o que aprenderam. Posteriormente, as estagiárias elaboraram relatórios individuais sobre os resultados da intervenção, incluindo os desenhos e textos feitos pelos alunos, para serem entregues à escola e aos pais.

Tal como era previsto, a aplicação do programa decorreu durante 4 meses com 14 sessões. No entanto, de acordo com as diretrizes PPCS, as sessões deveriam ter a duração de 90 minutos, o que não foi possível pôr em prática devido à organização das atividades letivas. Por isso, as sessões tiveram a duração de 60 minutos.

### **3.6. Avaliação Final**

A avaliação final efetuou-se no dia 29 de maio de 2018, das 9h às 10h, na sala de aula do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier. A sala encontrava-se organizada por áreas de estudo, as mesas dispostas por quatro grupos de quatro a cinco elementos e, nas paredes estavam expostos os trabalhos elaborados pelos alunos durante o ano letivo.

Durante a avaliação foi necessário orientar os alunos e também ajudá-los a ler e a escrever algumas perguntas e respostas, dado que alguns ainda não tinham adquirido a capacidade total nestas tarefas.

#### **3.6.1. Apresentação de Resultados**

Na tabela 11 são descritos estatisticamente os resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação final.

Tabela 11 - Resultados das perguntas 2, 3, 4 e 6 da avaliação final do grupo.

Perguntas	N	Mínimo	Máximo	Média	Desvio Padrão
2 - Com quantos amigos gosta de fazer trabalhos	19	1	13	5,05	3,41
3 - Com quantos amigos gosta de brincar no recreio	19	5	16	8,26	2,64
4 - Quantos amigos foram a casa brincar	19	0	3	1,11	1,243
6 - Pontos de amizade recebidos	19	33	51	40,68	4,26

Estes resultados indicam que, em média, os alunos gostam de fazer trabalhos com 5 colegas com desvio padrão de 3 e brincar no recreio com 8 colegas com desvio padrão de 3. Na pergunta 4, em média, 1 colega já foi brincar a casa com desvio padrão de 1, sendo mencionadas diversas brincadeiras (pergunta 5), como jogar futebol, apanhada, brincar com carros, etc.

Na pergunta de atribuição de pontos em função do nível de amizade, em média, cada aluno recebeu 41 pontos com desvio padrão de 4, em que o mínimo de pontos poderia ser 18 e o máximo de 54. Nesta pergunta, 7 crianças tiveram a pontuação média de 3 (muito meu amigo), 12 crianças tiveram 2 (mais ou menos meu amigo) e nenhuma teve de 1 (não é meu amigo).

Nas perguntas de gestão e resolução de problemas, nas perguntas 7 e 9 as respostas mais frequentes foram a solicitação de apoio a um adulto, conversar com o colega para resolver a situação e/ou escrever no diário de turma. Na pergunta 8 a maioria deu uma resposta de reação assertiva (e.g. “vou brincar com outro colega”).

Após a avaliação final, procedeu-se à análise dos resultados obtidos durante o processo de intervenção.

### 3.7. Discussão de Resultados

O grupo evidenciou algumas particularidades, além de estarem integrados na turma alunos com NEE, também se observou alguns desajustes comportamentais dos alunos com desenvolvimento típico. Nas primeiras sessões, sentiu-se alguma dificuldade em gerir o grupo, por vezes não respeitavam as instruções e, tinham muita dificuldade em manter-se concentrados e prestar atenção às atividades. As atitudes da maioria das crianças demonstravam que não levavam as sessões a sério, apesar disso sempre se mostraram muito criativos e com bastante iniciativa para participar. Estas questões exigiram que as estagiárias adotassem uma atitude mais firme com a imposição de regras e pensassem em estratégias que cativassem mais a atenção do grupo. Desta forma, e com a ajuda da professora da turma, foi notória a mudança de atitude do grupo perante as sessões, pelo que começaram a atribuir significado aos conteúdos trabalhados e a mostrar cada vez mais interesse. Através do feedback da professora, foi possível perceber que aplicavam os

conteúdos do PPCS na sua vida diária, como por exemplo nos conselhos de turma, em que muitas vezes discutiam situações de conflito.

Analisando os resultados da avaliação inicial e final, observa-se algumas variações. Na pergunta 2, o número médio de colegas mencionado reduziu bem como o desvio padrão, o que significa a maior seletividade dos colegas com quem gostam de trabalhar. Na pergunta 3, o número médio de colegas referido aumentou e o desvio padrão reduziu, o que pode indicar um aumento das relações sociais entre as crianças da turma. Estes resultados também podem mostrar uma maior distinção entre os colegas para trabalhar e os para brincar. Nas perguntas 4 e 5, não ocorreram alterações nos resultados, é importante referir que esta variável não depende apenas da vontade das crianças mas também dos pais.

Na pergunta 6, a pontuação média reduziu e o desvio padrão manteve-se tal como o número médio de alunos com as pontuações 1, 2 e 3. A redução da pontuação média recebida por cada criança foi muito pouco significativa, apenas com a diferença de 1 ponto (de 42 para 41). Assim, em ambas as avaliações, considera-se que na turma mantêm-se boas relações sociais entre os alunos, uma vez que a pontuação poderia variar entre 18 e 54. Apesar de o número médio de alunos com os níveis 1, 2 ou 3 de amizade não se ter alterado, verificou-se que as pontuações médias de cada criança variaram, o que indica a ocorrência de mudanças entre as relações sociais dos alunos. Esta variável pode ter sido influenciada pela ocorrência de conflitos recentes, o que poderá justificar a redução da média dos pontos recebidos das crianças.

Nas perguntas de gestão e resolução de problemas, verificou-se um aumento na variação de soluções perante um problema ou conflito, sendo referidas algumas das estratégias abordadas durante as sessões, como por exemplo, utilização de diálogo, recorrer a ferramentas para resolver os problemas (e.g. diário de turma), adotar comportamentos assertivos, entre outros. Estes dados refletem a transição das aprendizagens adquiridas no programa para a vida diária, tanto ao nível da análise e identificação de comportamentos verbais e não-verbais como da identificação e solução de problemas e conflitos.

Durante as sessões, foi visível nas reações das crianças que estavam a ser proporcionadas experiências alegres e de descontração. Os testemunhos dos alunos (anexo H), recolhidos no final da intervenção, também nos permitiram perceber que gostaram e usufruíram das sessões, não só como uma experiência divertida mas também de aprendizagem.

O PPCS ao propor uma intervenção com atividades essencialmente de carácter lúdico, adaptada ao contexto e população-alvo, permitiu que os alunos experienciassem momentos de bem-estar, ao mesmo tempo que se potencializaram as suas competências sociais (Matos, 1997; Matos, 2005), nomeadamente as capacidades associadas ao

autocontrolo, ao ajustamento, ao relacionamento com os pares, à assertividade e ao planeamento (Caldarella e Merrell, 1997 cit. in Bolsoni-Silva et al., 2011; Eickmann et al., 2016; Madrona et al., 2012).

Os resultados positivos evidenciados a partir da aplicação do PPCS, indicam que este é um programa eficaz na promoção das competências sociais, uma vez que contribuiu para que as crianças se tornassem capazes de identificar e resolver problemas, gerir conflitos interpessoais, melhorar a comunicação interpessoal, defender os seus direitos e lidar melhor com pressões dos pares (Matos, 2005). Estes dados corroboram com os estudos de Coelho et al. (2015) e Peltonen et al. (2012), nos quais também se destacaram as vantagens deste tipo de programas no âmbito escolar.

### **3.8. Conclusões**

A aplicação do PPCS aos alunos de uma turma de 1.º ano do 1.º ciclo, demonstrou as vantagens deste tipo de programas no desenvolvimento das capacidades pessoais, afetivas e relacionais, dos comportamentos verbais e não-verbais, dos aspetos motivacionais e socioculturais bem como dos processos percetivos de processamento de informação. A potencialização destas competências através da implementação de programas de competências sociais no âmbito escolar, é fundamental na prevenção dos problemas de comportamento bem como das dificuldades de aprendizagem. Por esse motivo e tendo em conta que algumas crianças do grupo continuam a manifestar dificuldades a nível comportamental e da regulação emocional, considera-se que estes alunos deveriam continuar a ser acompanhados neste âmbito.

Durante a aplicação do PPCS sentiram-se diversas limitações. A principal limitação foi a redução do tempo de sessão, de 90 minutos para 60 minutos. Dado que neste programa as sessões estão previamente planeadas, tornou-se difícil gerir o tempo para se conseguir realizar todas as atividades propostas. Numa fase inicial, as estagiárias não conseguiam concretizar todas as atividades, o que não podia acontecer porque cada atividade trabalhava conteúdos específicos. Assim, foi necessário discutir estratégias para melhorar a gestão do tempo das atividades, o que tornou possível a aplicação dos planeamentos na íntegra. Contudo, sentiu-se que a redução do tempo de sessão interferiu bastante na intervenção porque impediu que, em cada sessão, se trabalhasse mais aprofundadamente os conteúdos. Além disto, constantemente diversos alunos chegavam atrasados, estes por vezes não participavam na primeira atividade ou a sessão começava mais tarde, o que também não facilitou.

Outra limitação foi o fato de, por vezes, as sessões terem de ser realizadas na biblioteca, dado que o ginásio estava a ser ocupado. Além da biblioteca ser um espaço muito mais reduzido, frequentemente estavam presentes no mesmo espaço outras crianças, o que automaticamente perturbava a atenção e concentração do grupo.

Apesar de não ter sido a primeira vez que a estagiária esteve em contacto com uma intervenção em grupo, pensa-se que este tipo de intervenção é sempre bastante desafiante, não só por ser mais complexa a gestão de todas as personalidades das crianças mas também por exigir mais do técnico. No entanto, a partilha e discussão da informação entre as estagiárias e a professora da turma, facilitou muito a intervenção. A presença da professora nas sessões foi essencial, como conhecia melhor a turma pode ajudar-nos a perceber as particularidades dos alunos e a identificar os métodos e estratégias de intervenção mais vantajosos.

## **4. Estudo de Caso PD**

Este capítulo refere-se à descrição do processo de intervenção efetuado com o estudo de caso PD, estruturando-se em oito subcapítulos: metodologia (caracterização do caso e caracterização do instrumento de avaliação), procedimentos, avaliação inicial, plano de intervenção, descrição da intervenção, avaliação final, discussão de resultados e conclusões.

### **4.1. Metodologia**

#### **4.1.1. Caracterização do Caso**

O PD é uma criança do género masculino com 7 anos e, nacionalidade portuguesa. Vive com os pais e a irmã de 3 anos, todos de nacionalidade portuguesa. Ambos os pais têm 41 anos e são empresários, disponibilizam diariamente muito tempo para cuidar e estar com o filho, considerando a relação com o mesmo excelente. A família apresenta nível socioeconómico médio-alto, vivendo num apartamento com espaço exterior e onde o PD tem um espaço próprio para brincar, estudar, entre outros. Realizam muitas atividades em família, principalmente ao fim de semana (e.g. cinema, visitar exposições, concertos, passear, etc.).

No que concerne ao histórico clínico, a gravidez do PD ocorreu por inseminação artificial, foi planeada e desejada e sem registo de complicações. O parto foi induzido e, por esse motivo, surgiu uma contração intrauterina constante. Contudo, o PD é uma criança saudável que nasceu às 39 semanas por cesariana. Foi internado uma vez, aos 5 meses de idade, devido a uma fissura no crânio consequente de uma queda.

Relativamente ao desenvolvimento, os pais referem preocupar-se particularmente com o desenvolvimento da linguagem do PD, sendo que este apresenta um atraso global do desenvolvimento com perturbação específica da linguagem do tipo misto (expressivo e compreensivo) e com comportamentos de oposição observáveis (não cumprem os critérios de uma perturbação da oposição). É de referir que começou a falar aos 3 anos de idade. Neste sentido, o PD iniciou Terapia Psicomotora aos 2 anos e 9 meses de idade e, Terapia

da Fala aos 5 anos e 4 meses. Além disso, desde agosto de 2017 toma diariamente, após o jantar, abilify para a redução da dopamina (inicialmente tomava  $\frac{1}{4}$ , atualmente toma  $\frac{1}{3}$ ).

Em relação ao percurso educativo, o PD entrou na creche aos 21 meses de idade e aos 3 anos e 9 meses transitou para o infantário do Colégio Saint Daniel Brottier. Atualmente, permanece no mesmo Colégio e, no ano letivo 2017/2018, frequentava o 1.º ano do 1.º ciclo (transitou aos 6 anos), no qual recebe as terapias referidas anteriormente com frequência bissemanal e sob a responsabilidade da ACCS. Nesse ano letivo, a ACCS ainda disponibilizou o Acompanhamento Psicopedagógico trissemanal/bissemanal, decorrente do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Além disto, pratica natação como atividade extracurricular do Colégio.

#### **4.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação – Checklist de Observação**

O instrumento utilizado para avaliar o comportamento e desempenho do PD em sala de aula foi uma Checklist de Observação, construída com base na Grelha de Observação do Comportamento (GOC). A GOC foi desenvolvida no Núcleo de Estágio de Psicomotricidade em Saúde Mental Infantil do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana e adaptada por Joana Marques, Marisa Castro, Patrícia Gonçalves e Raquel Martins, sob a orientação do Professor Doutor Rui Martins no ano letivo 2011/2012.

A Checklist de Observação (anexo I) objetiva a recolha de informação qualitativa, em contexto de sala de aula, acerca do comportamento e desempenho na realização de tarefas individuais, coletivas e de grupo em quatro domínios: apresentação perante a tarefa, participação na tarefa, iniciativa e sugestões e atitude perante a tarefa. Relativamente às tarefas de grupo, existe ainda o domínio da relação com os pares. Uma tarefa é considerada individual quando é concretizada autonomamente, coletiva quando o(a) professor(a) realiza a tarefa com toda a turma e de grupo quando é executada com um ou mais colegas.

A cotação é qualitativa e atribuída em função da frequência do comportamento, apresentando cinco níveis de classificação: sempre (S), frequentemente (F), algumas vezes (A), raramente (R) e nunca (N).

A Checklist de Observação não implica a utilização de material específico, pode ser aplicada a qualquer indivíduo e adaptada em função do contexto de intervenção. Ao longo da aplicação deverão ser registados aspetos específicos ou relevantes na coluna das observações e, na mesma coluna, também deve ser anotado quando um determinado comportamento não se aplica ou há impossibilidade de o verificar.

## **4.2. Procedimentos**

A partir do protocolo de colaboração da ACCS com o Colégio Saint Daniel Brottier, a orientadora local acordou com a professora e os pais do PD a concretização da intervenção, decorrente do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.

Inicialmente, foram observadas duas sessões de Acompanhamento Psicopedagógico, nas quais a estagiária foi apresentada ao PD. Posteriormente, no dia 30 de outubro de 2017, iniciou-se a intervenção.

Além disto, foi aplicada uma anamnese (anexo J) para a recolha de informações sobre a criança e, para que fosse consentido formalmente pelos pais a realização da intervenção. A anamnese foi aplicada por entrevista no dia 24 de janeiro de 2018, das 14 às 15 horas, numa das salas de trabalho da ACCS.

## **4.3. Avaliação Inicial**

A avaliação inicial decorreu nos dias 15 de janeiro de 2018 das 9 às 10 horas, 16 de janeiro de 2018 das 9 às 10 horas e 19 de janeiro de 2018 das 9 às 11 horas, na sala de aula do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier. A sala encontrava-se organizada por áreas de estudo, as mesas dispostas por quatro grupos de quatro a cinco elementos e, nas paredes estavam expostos os trabalhos que foram elaborados pelos alunos no início do ano letivo. Durante a avaliação, estavam a decorrer as atividades letivas.

Uma vez que a avaliação foi realizada por observação, não foram necessários quaisquer procedimentos específicos para a aplicação da Checklist.

### **4.3.1. Apresentação de Resultados**

Os resultados obtidos na avaliação inicial serão apresentados de forma descritiva. No anexo I, encontram-se os resultados detalhados na ficha de registo da Checklist de Observação.

Nas tarefas individuais a maior necessidade de apoio é ao nível: da adesão às tarefas, precisando frequentemente de estímulo; da atenção nas tarefas, sendo que raramente presta atenção às instruções e a toda a tarefa; da autonomia nas tarefas, uma vez que, apesar de algumas vezes realizar as tarefas autonomamente, frequentemente necessita de ajuda verbal; da tomada de iniciativa e sugestões, pelo que nunca ou raramente é capaz de tomar iniciativa e dar sugestões com ou sem reforço e, por vezes, quando as dá são desadequadas ao contexto; da escolha das tarefas, não sendo capaz de decidir voluntariamente as tarefas que vai concretizar, têm de ser sugeridas por alguém; e da tolerância à frustração, apresentado dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado.

Nas tarefas coletivas, o PD necessita de mais apoio ao nível: da atenção nas tarefas, dado que raramente presta atenção às instruções; da autonomia nas tarefas, sendo que, por vezes, concretiza as tarefas autonomamente, contudo frequentemente é preciso prestar ajuda verbal; da realização das tarefas, uma vez que raramente nem sempre cumpre os objetivos das tarefas; da tomada de iniciativa e sugestões, pelo que nunca ou raramente é capaz de tomar iniciativa e dar sugestões com ou sem reforço e, por vezes, quando as dá são desadequadas ao contexto; e da tolerância à frustração, apresentando dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado.

Nas tarefas de grupo, o PD precisa de mais apoio ao nível: da adesão às tarefas, necessitando frequentemente de estímulo; da atenção nas tarefas, dado que raramente presta atenção às instruções e a toda a tarefa; da autonomia nas tarefas, uma vez que frequentemente necessita de ajuda verbal para a concretização; da realização das tarefas, raramente cumpre totalmente os objetivos das tarefas; da tomada de iniciativa e sugestões, sendo que nunca ou raramente é capaz de tomar iniciativa e dar sugestões com ou sem reforço; da escolha das tarefas, não sendo capaz de decidir voluntariamente as tarefas que vai executar, têm de ser sugeridas por outro; da tolerância à frustração, apresentado dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado; e da relação com os pares, sendo que nunca ou raramente estabelece relação com os pares e procura ajuda dos mesmos, geralmente quando faz, é outro que procura interagir.

De forma geral, os resultados obtidos revelam que o PD, nas tarefas individuais, necessita de mais apoio ao nível da adesão às tarefas, atenção nas tarefas, autonomia nas tarefas, tomada de iniciativa e sugestões, escolha das tarefas e tolerância à frustração. Nas tarefas coletivas precisa de mais apoio ao nível da atenção nas tarefas, autonomia nas tarefas, realização das tarefas, tomada de iniciativa e sugestões e tolerância à frustração. Nas tarefas de grupo, a maior necessidade de apoio é ao nível da adesão às tarefas, atenção nas tarefas, autonomia nas tarefas, realização das tarefas, tomada de iniciativa e sugestões, escolha das tarefas, tolerância à frustração e relação com os pares.

Após a análise dos resultados da avaliação inicial, foi estabelecido o plano de intervenção da criança.

#### 4.4. Plano de Intervenção

As características gerais do plano de intervenção do PD encontram-se na tabela 12.

Tabela 12 - Características gerais do plano de intervenção do PD.

<b>Estudo de Caso</b>	PD do género masculino com 7 anos com atraso global do desenvolvimento, perturbação da linguagem e comportamentos de oposição observáveis
<b>Tipo de Intervenção</b>	Apoio Psicopedagógico Individual e PPCS



Tabela 13 (cont.) - Características gerais do plano de intervenção do PD.

<b>Duração</b>	8 meses
<b>Frequência</b>	Trissemanal/bissemanal: segunda-feira das 9h às 12h (3 horas); terça-feira das 9h às 10h (1 hora); e sexta-feira das 9h às 11h (2 horas)
<b>N.º Total de Sessões</b>	54 sessões
<b>Divisão das Sessões</b>	Avaliação Inicial: 15, 16 e 19 de janeiro de 2018; Intervenção: outubro a maio de 2018; Avaliação Final: 11, 12 e 19 de junho de 2018.
<b>Instrumento de Avaliação</b>	Checklist de Observação
<b>Recursos Materiais</b>	Material do Colégio Saint Daniel Brottier
<b>Contexto</b>	Sala do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier

De acordo com a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial foram desenvolvidos objetivos de intervenção para cada tipo de tarefas (individuais, coletivas e de grupo), em função dos parâmetros em que o PD necessita de mais apoio (tabela 13).

Tabela 14 - Objetivos de intervenção do PD.

<b>Tipo de Tarefa</b>	<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
<b>Tarefas Individuais</b>	Melhorar o nível de participação nas tarefas	1. Ser capaz de aderir autonomamente às tarefas
		2. Ser capaz de prestar atenção às instruções, do início ao fim
		3. Ser capaz de prestar atenção às tarefas, do início ao fim
		4. Ser capaz de realizar as tarefas autonomamente
	Estimular a capacidade de tomada de iniciativa e sugestão	1. Ser capaz de tomar iniciativas adequadas ao contexto
		2. Ser capaz de dar sugestões adequadas ao contexto
<b>Tarefas Coletivas</b>	Melhorar a atitude perante as tarefas	1. Ser capaz de escolher voluntariamente as tarefas
		2. Ser capaz de gerir facilmente a frustração
		1. Ser capaz de aderir autonomamente às tarefas
		2. Ser capaz de prestar atenção às instruções, do início ao fim
	Melhorar o nível de participação nas tarefas	3. Ser capaz de prestar atenção às tarefas, do início ao fim
		4. Ser capaz de realizar as tarefas autonomamente
		1. Ser capaz de tomar iniciativas adequadas ao contexto
	Estimular a capacidade de iniciativa e de sugestão	2. Ser capaz de dar sugestões adequadas ao contexto
		1. Ser capaz de se adaptar facilmente a qualquer tarefa
<b>Tarefas de Grupo</b>	Melhorar a atitude perante as tarefas	2. Ser capaz de gerir facilmente a frustração
		1. Ser capaz de planejar em grupo a execução das tarefas
	Melhorar o nível de participação nas tarefas	2. Ser capaz de realizar as tarefas autonomamente com o grupo
		1. Ser capaz de escolher voluntariamente com o grupo as tarefas
	Promover a capacidade de interação com os pares	2. Ser capaz de gerir facilmente a frustração
		1. Ser capaz de ter iniciativa para interagir com os pares
		2. Ser capaz de cooperar com os pares nas tarefas
		3. Ser capaz de ter iniciativa para procurar e ajudar os pares

As estratégias planeadas para facilitar a intervenção foram: 1) estabelecer uma relação empática com a criança; 2) utilizar instruções verbais simples e diretas; 3) prestar ajuda verbal sempre que necessário; 4) recorrer a feedbacks e a reforços positivos e negativos/corretivos (e.g. incentivar a sua participação nas atividades, como ir ao quadro); 5) questionar com uma linguagem simples e direta; 6) fornecer estratégias para a organização em sala de aula (e.g. quando chega a sala organizar o material, como colocar os cadernos por baixo da secretária ou meter o estojo que vai utilizar em cima da mesa); e 7) retirar do ambiente da sala de aula sempre que necessário (e.g. quando está com muita dificuldade em se concentrar para fazer uma tarefa ou quando se recusa frequentemente a não fazer uma tarefa).

Estabelecido o plano de intervenção, prosseguiu-se com as sessões de acompanhamento psicopedagógico centrado nos objetivos definidos.

#### **4.5. Descrição da Intervenção**

O PD iniciou o acompanhamento com a estagiária no final de outubro de 2017, sendo realizadas sessões trissemanais até dezembro de 2017, com duração entre 1 a 3 horas nos horários e espaço/contexto planeados (tabela 12 do ponto 4.4.). Em janeiro de 2018, efetuou-se a avaliação inicial com a aplicação da Checklist de Observação em três sessões e foi aplicada a anamnese por entrevista aos pais do PD. Do final de janeiro até maio de 2018 voltou-se às sessões de acompanhamento psicopedagógico, mas a frequência passou a ser bissemanal, dado que o Programa de Promoção de Competências Sociais foi aplicado à turma do PD no horário da sessão de terça-feira. Por fim, em junho de 2018, reavaliou-se a criança e terminou o processo de intervenção.

As sessões realizadas com o PD não eram planeadas, sendo que estas consistiam no acompanhamento psicopedagógico em sala de aula efetuado durante as atividades letivas. Apesar disso, uma vez que o Colégio Saint Daniel Brottier rege-se pela pedagogia do Movimento da Escola Moderna (anexo A), geralmente, as manhãs organizavam-se de forma similar com quatro momentos: 1) escrever a data, o nome e o plano de atividades diárias; 2) apresentação oral de textos produzidos pelos alunos ou partilha de acontecimentos; 3) trabalhar uma disciplina (matemática, português ou estudo do meio); e 4) tempo de estudo autónomo, em que os alunos semanalmente estabeleciam um plano individual de trabalho para aprofundar conhecimentos ou terminar trabalhos, realizando fichas sobre matemática, português ou estudo do meio ou outras tarefas (e.g. ler um livro ou fazer pesquisa). Além disso, por vezes, durante a manhã também eram realizadas outras atividades como os conselhos de turma ou o desenvolvimento de projetos em grupo. No final de cada sessão foram registadas as observações mais pertinentes relativamente ao comportamento e desempenho do PD na sala de aula (anexo L).

De acordo com o planeado, o acompanhamento ao PD teve a duração de 8 meses, contudo foram concretizadas mais sessões do que o previsto, 57 em vez de 54.

#### **4.6. Avaliação Final**

A avaliação final decorreu nos dias 11, 12 e 19 de junho de 2018, na sala de aula do 1.º ano do 1.º ciclo do Colégio Saint Daniel Brottier. A sala encontrava-se organizada por áreas de estudo, as mesas dispostas por quatro grupos de quatro a cinco elementos e, nas paredes estavam expostos os trabalhos que foram elaborados pelos alunos ao longo do ano letivo. Durante a avaliação, estavam a decorrer as atividades letivas.

Dado que a avaliação foi concretizada por observação, não foram precisos quaisquer procedimentos específicos para a aplicação da Checklist.

##### **4.6.1. Apresentação de Resultados**

Os resultados obtidos na avaliação final serão apresentados de forma descritiva. No anexo I, encontram-se os resultados detalhados na ficha de registo da Checklist de Observação.

Nas tarefas individuais a maior necessidade de apoio é ao nível: da adesão às tarefas, sendo que precisa frequentemente de estímulo; da atenção nas tarefas, tendo alguma dificuldade em prestar atenção às instruções e a toda a tarefa; da autonomia nas tarefas, apesar de algumas vezes conseguir realizar as tarefas autonomamente, frequentemente precisa de ajuda verbal; da escolha das tarefas, apesar de ser capaz de decidir voluntariamente as tarefas a executar, muitas vezes essas escolhas são desadequadas, precisando de orientação; e da tolerância à frustração, pelo que revela alguma dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado.

Nas tarefas coletivas, o PD necessita de mais apoio ao nível: da atenção nas tarefas, pelo que só presta atenção às instruções algumas vezes; da autonomia nas tarefas, dado que algumas vezes é capaz de concretizar as tarefas autonomamente, contudo frequentemente precisa de ajuda verbal; da tomada de iniciativa e sugestões, apenas de vez enquanto toma iniciativa e raramente dá sugestões e, por vezes, estas são desadequadas ao contexto; e da tolerância à frustração, apresentando dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado.

Nas tarefas de grupo, o PD precisa de mais apoio ao nível: da adesão às tarefas, precisando frequentemente de estímulo verbal; da atenção nas tarefas, pelo que de vez enquanto presta atenção às instruções e a toda a tarefa; da autonomia nas tarefas, frequentemente precisa de ajuda verbal para a sua execução; da tomada de iniciativa e sugestões, sendo capaz de tomar iniciativa e dar sugestões com pouca frequência; da escolha das tarefas, não se mostrando capaz de escolher voluntariamente as tarefas que quer fazer, têm de ser sugeridas por outro; da tolerância à frustração, apresentado ainda alguma dificuldade em gerir a sua frustração, principalmente quando é contrariado; e da

relação com os pares, uma vez que raramente estabelece relação com os pares e procura ajuda dos mesmos, geralmente, outro é que tem iniciativa de interagir.

Estes resultados indicam que o PD, nas tarefas individuais, continua a necessitar de apoio ao nível da adesão às tarefas, da atenção nas tarefas, da autonomia nas tarefas, da escolha das tarefas e da tolerância à frustração. Nas tarefas coletivas, a maior necessidade de apoio é ao nível da atenção nas tarefas, da autonomia nas tarefas, da tomada de iniciativa e sugestões e da tolerância à frustração. Nas tarefas de grupo, precisa de mais apoio ao nível da adesão às tarefas, da atenção nas tarefas, da autonomia nas tarefas, da tomada de iniciativa e sugestões, da escolha das tarefas, da tolerância à frustração e da relação com os pares.

Seguidamente, será apresentada a discussão dos resultados deste processo de intervenção.

#### **4.7. Discussão de Resultados**

O histórico clínico do PD revela que durante o parto ocorreu uma contração intrauterina constante resultante de parto induzido e, além disso, já foi internado devido a uma fissura no crânio. Estas condições clínicas podem ter sido fatores de risco no desenvolvimento da criança, sendo duas das possíveis causas para o Atraso Global do Desenvolvimento (Dornelas et al., 2015; Morin e Harstad, 2017; Oliveira et al., 2012) e a Perturbação da Linguagem (APA, 2013; Kelly e Sandiford, 2013; Scopel, Souza e Lemos, 2012).

O PD demonstrou ser uma criança espontânea, alegre e muito rotineira. Apresenta muita dificuldade ao nível da comunicação compreensiva e expressiva e, em adaptar-se a novas situações, tendo comportamentos de oposição. A adaptação à presença da estagiária não foi fácil, por vezes recusava-se a ser ajudado e não gostava de ser contrariado. Ao longo do tempo, foi-se desenvolvendo um vínculo afetivo que permitiu o PD depositar confiança na estagiária, passando a procurar a sua ajuda e feedbacks sobre as tarefas que concretizava. Ao nível da comunicação, ocorreram progressões ao longo do ano, principalmente ao nível expressivo, sendo capaz de dizer cada vez mais coisas. Além disso, também se identificaram algumas melhorias no comportamento e desempenho do PD na participação em tarefas individuais, coletivas e de grupo na sala de aula.

Nas tarefas individuais, verificou-se que o PD continuou a necessitar frequentemente de estímulo verbal para aderir e realizar tarefas e com dificuldade em dar sugestões adequadas ao contexto. Melhorou relativamente ao nível de atenção prestado às instruções, mas o mesmo não se confirmou na atenção prestada às tarefas. Contudo, observou-se que passou a ter mais iniciativa e mais facilidade em gerir a sua frustração.

Nas tarefas coletivas, continuou a precisar frequentemente de estímulo verbal para aderir às tarefas e com dificuldades em dar sugestões. Progrediu em relação ao grau de atenção prestado às instruções e durante a realização das tarefas bem como nas

capacidades de execução autónoma, de tomada de iniciativa e de facilidade em adaptar-se às tarefas e em gerir a frustração.

Nas tarefas de grupo, observou-se que o PD ainda apresenta dificuldade em participar no planeamento de tarefas em grupo, escolher voluntariamente as tarefas que quer fazer e estabelecer relação com os pares. No entanto, também se registaram algumas evoluções ao nível da autonomia na execução de tarefas, da gestão da frustração e da cooperação e prestação de ajuda aos pares. É de referir que durante o horário de acompanhamento, este tipo de tarefas raramente era realizado, o que pode ter limitado a sua progressão.

Ao nível das capacidades escolares, também foram observadas diversas conquistas, principalmente ao nível da leitura. Inicialmente, reconhecia visualmente as palavras que tinha decoradas, mas depois passou a ler palavras que desconhecia através da leitura silábica. Ao nível da escrita, no início era impensável a escrita de palavras ditadas, apenas copiava, mas ao longo do ano começou a ter iniciativa em identificar as letras/sílabas para escrevê-las. Ao nível da matemática, conseguia identificar os números, mas precisava de ajuda nas operações, por isso foram providenciadas algumas estratégias que o auxiliassem na sua elaboração (e.g. utilizar lápis ou as mãos para calcular, utilizar uma reta numérica para fazer contagens, etc.).

Tendo em conta a grande dificuldade do PD em comunicar, estas conquistas foram bastantes importantes e refletem o trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar, no qual participaram não apenas os técnicos e a professora mas também os pais da criança, que sempre se mostraram disponíveis para ajudar neste processo.

A implementação de medidas de intervenção centradas na potencialização do desempenho escolar do PD (Batista, Gonçalves e Andrade, 2015; Freitas e Corso, 2016; Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares, 2016) foi relevante para as progressões registadas. Este apoio, do tipo educacional (Masini, 2003), baseou-se no fornecimento de ferramentas que ajudassem o PD na aprendizagem, na melhoria da atenção e concentração, na organização bem como no aumento da sua participação e autonomia no contexto escolar (ACCS, 2018).

#### **4.8. Conclusões**

De modo geral, registaram-se algumas melhorias no comportamento e desempenho do PD na realização de tarefas individuais, coletivas e de grupo na sala de aula, que refletem o trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar. Os apoios providenciados têm contribuído para a potencialização das capacidades de aprendizagem desta criança e, por sua vez, para a sua inclusão escolar e social. Contudo, o PD continua a apresentar dificuldades que evidenciam a necessidade de continuar a receber apoios especializados, tanto ao nível do acompanhamento psicopedagógico como da terapia da fala.

Neste processo de intervenção, identifica-se como principal limitação a necessidade de se desenvolver um instrumento para avaliar o comportamento e desempenho de alunos com NEE em sala de aula. Uma vez que o instrumento construído pela estagiária não está validado, a avaliação torna-se informal, o que acarreta um certo grau de subjetividade a este processo.

A intervenção no âmbito do apoio psicopedagógico foi um grande desafio. Dado que a estagiária nunca tinha estado em contacto com esta metodologia de intervenção, por vezes surgiam dúvidas de como proceder ou que tipo de estratégias aplicar. No entanto, essas incertezas foram ultrapassadas com a ajuda das terapeutas da ACCS que acompanhavam o mesmo caso e da professora do PD, que sempre se mostrou muito prestável e disponível.

## **5. Estudo de Caso AF**

Neste capítulo será apresentado o processo de intervenção realizado com o estudo de caso AF, que se divide em oito subcapítulos: metodologia (caracterização do caso e caracterização do instrumento de avaliação), procedimentos, avaliação inicial, plano de intervenção, descrição da intervenção, avaliação final, discussão de resultados e conclusões.

### **5.1. Metodologia**

#### **5.1.1. Caracterização do Caso**

O AF é uma criança do género masculino com 4 anos de idade e nacionalidade portuguesa. Vive com os pais e dois irmãos, um de 12 anos e outro de 14 anos, ambos do género masculino e com nacionalidade portuguesa. A mãe tem 45 anos e é auxiliar de jardim-de-infância. O pai tem 46 anos e é engenheiro civil. Os pais têm nacionalidade portuguesa e consideram a relação com o seu filho boa. Esta família apresenta um nível socioeconómico médio, vivendo num apartamento sem espaço exterior e onde o AF tem uma zona própria para brincar, estar, entre outros. O apartamento situa-se numa zona urbana, na qual existe um parque que a família costuma frequentar.

Relativamente ao histórico clínico, soube-se que a gravidez do AF não foi planeada, mas foi acompanhada, tendo sido detetada durante a mesma uma cardiopatia. O AF nasceu às 37 semanas por cesariana, sem complicações. Foi internado uma vez, aos 2 meses de idade, para uma cirurgia cardio-toraxica, na sequência da tetralogia de Fallot diagnosticada após o nascimento.

No que concerne ao desenvolvimento, os pais do AF referem preocupar-se particularmente com o desenvolvimento da linguagem do seu filho, sendo que apenas começou a falar aos 2 anos de idade. Consequentemente, começou a ser acompanhado

no hospital de Santa Maria e, em novembro de 2017, por consulta de neurodesenvolvimento e avaliação em terapia da fala foi diagnosticado com atraso do desenvolvimento psicomotor e perturbação da linguagem. Anteriormente já tinha sido sinalizado, iniciando terapia da fala aos 2 anos e 9 meses.

O AF iniciou o percurso educativo aos 8 meses de idade quando entrou para a creche. Aos 3 anos e 8 meses transitou para o Jardim de Infância do Centro Paroquial São João de Brito, o qual frequenta atualmente e onde recebe terapia da fala com frequência trimesal. No ano letivo 2017/2018, a ACCS ainda disponibilizou a intervenção psicomotora com frequência semanal, decorrente do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana.

### **5.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação - Schedule of Growing Skills II**

O instrumento de rastreio utilizado para avaliar o desenvolvimento do AF foi a Schedule of Growing Skills II que se encontra caracterizada na parte II do relatório, ponto 2.1.2.

## **5.2. Procedimentos**

Após a avaliação em neurodesenvolvimento realizada em novembro de 2017, foi aconselhado o acompanhamento do AF em psicomotricidade e intervenção precoce. Neste sentido, a terapeuta da fala da ACCS que já acompanhava a criança, propôs a intervenção decorrente do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana, ao que os pais concordaram.

A intervenção foi iniciada no dia 16 de janeiro de 2018. Contudo, antes do início da intervenção, foi observada uma sessão de terapia da fala para que a estagiária conhecesse o AF.

Para a recolha de informações sobre o estudo de caso e fosse autorizado formalmente pelos pais a concretização da intervenção, foi aplicada uma anamnese (anexo M).

### **5.3. Avaliação Inicial**

A avaliação inicial foi realizada nos dias 16 e 23 de janeiro de 2018 das 16:15 às 17:00, numa das salas de trabalho do jardim-de-infância do Centro Paroquial São João de Brito. A sala era de pequenas dimensões, com pouca luminosidade e apresentava mesas bem como diversos materiais.

Para a concretização da avaliação inicial houve necessidade de preparar previamente alguns materiais, descritos no manual do utilizador da SGS II. Além disso,

antes de iniciar a avaliação, foi efetuado um diálogo para explicar à criança o que iria ser realizado e estabelecer alguma empatia com a mesma.

### 5.3.1. Apresentação de Resultados

No quadro da figura 8 é apresentado o perfil de desenvolvimento intraindividual inicial do AF, indicando os resultados da avaliação inicial obtidos a partir da aplicação do instrumento de rastreio SGS II.

Área/ Idade	Postura Passiva	Postura Ativa	Loco- mção	Manipu- lação	Visual	Audição e Fala	Fala e Linguagem	Social	Autono- mia	Cognição
60 meses			20 19	28 27	20	21 20	22 21	24 21	23 22	34 33
48 meses			18 17	26 24	19	19 18	20 19	23 19	20 18	31 29
36 meses			16 15	23 22	18 17	17 16	18 17	22 21	17 16	27 26
30 meses			14 13	20 19	16	15 14	16 15	19 18	15 14	23 22
24 meses			12 11 10	17 16 15	15 14	13 12	14 13 12	17 16	13 12 11	19 18 17
18 meses			9 8 7	14 13 12	13	11 10	11	15 14	10 9 8	15 14 13
15 meses			6 5	11 10	12	9	10 9 8	13 12 11	7 6	11 10 9
12 meses		12	4 3	9 8	11 10	8 7	7 6	10 9 8	5 4	8 7 6
10 meses		11 10	2 1	7	9	6	5	7	3	5 4
8 meses		9 8 7		6	8	5 4	4	6	2	3 2
6 meses	9 8 7	6 5 4		5 4	7 6	3	3	5 4	1	1

Figura 8 - Perfil de desenvolvimento intraindividual inicial do AF.

Nas capacidades posturais passivas, o AF obteve a pontuação máxima de 9. Este desempenho é considerado expectável para a sua idade (48 meses), uma vez que, de acordo com os parâmetros do perfil de desenvolvimento, estas capacidades são adquiridas até aos 7 meses.

Nas capacidades posturais ativas, a pontuação foi a máxima de 12. Este resultado é avaliado como esperado para a sua idade (48 meses), sendo que, em função dos



parâmetros do perfil de desenvolvimento, estas capacidades são adquiridas até aos 12 meses.

Nas capacidades posturais locomotoras foi obtida uma pontuação de 15. Este desempenho está abaixo do expectável para a sua idade (48 meses), dado que, de acordo com os parâmetros do perfil de desenvolvimento, a cotação previsível nesta idade é de 18.

Nas capacidades manipulativas a pontuação foi de 21. Este desempenho encontra-se abaixo do estimado para a sua idade (48 meses), sendo que os parâmetros do perfil de desenvolvimento indicam que o valor esperado nesta idade é de 25 ou 26.

Nas capacidades visuais, o AF conseguiu uma pontuação de 20. Este resultado está acima do que é esperado para a sua idade (48 meses), pelo que os parâmetros do perfil de desenvolvimento apontam que a cotação prevista nesta idade é de 19.

Nas capacidades de audição e fala a pontuação foi de 18, estando ligeiramente abaixo do valor expectável para a sua idade (48 meses). O resultado deveria ser 19.

Nas capacidades de fala e linguagem, o AF obteve uma pontuação de 14. Este desempenho encontra-se significativamente abaixo do previsível para a sua idade (48 meses), uma vez que os parâmetros do perfil de desenvolvimento indicam que, nesta idade, a cotação deveria ser de 20.

Nas capacidades de interação social a pontuação foi de 24. Este resultado está acima do previsto para a sua idade (48 meses), dado que, em função dos parâmetros do perfil de desenvolvimento, o valor esperado nesta idade é de 23.

Nas capacidades de autonomia, o AF teve uma pontuação de 19. Considerando os parâmetros do perfil de desenvolvimento, este valor está ligeiramente abaixo do expectável para a sua idade (48 meses), deveria ser de 20.

Na área da cognição a pontuação foi de 27. Isto indica que o AF apresenta um desempenho abaixo do previsto para a sua idade (48 meses), pelo que os parâmetros do perfil de desenvolvimento apontam que, nesta idade, os valores estimados são de 30 ou 31.

De forma geral, os resultados obtidos revelam que, na maioria das áreas, o AF apresenta um desenvolvimento abaixo do esperado para a sua idade (48 meses). Contudo, existem outras áreas em que se verifica que o desenvolvimento corresponde ou está acima do expectável para a sua idade. Podemos identificar como áreas fortes as capacidades visuais e as sociais, e como áreas a desenvolver a locomoção, a manipulação, a audição e fala, a fala e linguagem, a autonomia e a cognição.

Após a análise dos resultados da avaliação inicial, foi estabelecido um plano de intervenção para o AF.

## 5.4. Plano de Intervenção

As características gerais referentes ao plano de intervenção do AF são apresentadas na tabela 14.

Tabela 15 - Características gerais do plano de intervenção do AF.

<b>Estudo de Caso</b>	AF do género masculino com 4 anos com atraso do desenvolvimento psicomotor e perturbação da linguagem
<b>Tipo de Intervenção</b>	Intervenção Psicomotora Individual
<b>Duração</b>	6 meses
<b>Frequência</b>	Semanal à terça-feira das 16h15 às 17h (45 minutos de sessão)
<b>N.º Total de Sessões</b>	17 sessões
<b>Divisão das Sessões</b>	Avaliação Inicial: 6 e 23 de janeiro de 2018; Intervenção: fevereiro a maio de 2018; Avaliação Final: 5 e 12 de junho de 2018.
<b>Instrumento de Avaliação</b>	Schedule of Growing Skills II
<b>Recursos Materiais</b>	Material elaborado pela estagiária e do Jardim de Infância do Centro Paroquial São João de Brito
<b>Contexto</b>	Sala de trabalho do Jardim de Infância do Centro Paroquial São João de Brito

Considerando a informação clínica recolhida e a análise dos resultados obtidos na avaliação inicial, verificou-se que o AF necessitava de intervenção ao nível da locomoção, da manipulação, da audição e fala, da fala e linguagem, da autonomia e da cognição. Contudo, devido ao âmbito da intervenção e ao tempo previsto para a mesma, houve necessidade de selecionar as áreas mais pertinentes para trabalhar: locomoção (motricidade global), manipulação (motricidade fina) e cognição. Para cada área foram estabelecidos objetivos de intervenção apresentados na tabela 15.

Tabela 16 - Objetivos de intervenção do AF.

<b>Objetivos Gerais</b>	<b>Objetivos Específicos</b>
Melhorar a motricidade global	1. Ser capaz de permanecer em apoio retilíneo, colocando o calcanhar de um pé junto à ponta do outro pé
	2. Ser capaz de caminhar em apoio retilíneo, colocando o calcanhar de um pé junto à ponta do outro pé
	3. Ser capaz de permanecer em apoio unipedal
	4. Ser capaz de saltar em apoio unipedal
	5. Ser capaz de saltar a pés juntos
Desenvolver a motricidade fina	1. Ser capaz de realizar a pega fina (pegar em objetos pequenos com o polegar e o indicador)
	2. Aumentar a capacidade de grafomotricidade
Melhorar as capacidades cognitivas	1. Ser capaz de imitar modelos de desenho, construção, moldagem, etc. (coordenação visuomotora)
	2. Aumentar a capacidade de memorizar instruções simples
	3. Aumentar a capacidade de planejar ações motoras
	4. Ser capaz de desenhar a figura humana com distinção de mais de três partes do corpo

As estratégias planeadas para tornar a intervenção mais eficaz foram: 1) estabelecer uma relação empática com a criança; 2) estruturar todas as sessões de forma semelhante; 3) utilizar instruções verbais simples e diretas; 4) prestar ajuda verbal ou física sempre que necessário; 5) recorrer a feedbacks e a reforços positivos e negativos/corretivos; 6) demonstrar sempre que necessário; 7) questionar com uma linguagem simples e direta; 8) simplificar ou complexificar as atividades sempre que necessário; 9) providenciar atividades de carácter lúdico; 10) atribuir um papel ativo à criança, através da ajuda na organização e arrumação dos materiais ou da permissão para escolher atividades do seu interesse; e 11) utilizar o material como mediador das atividades para promover a interação com a estagiária e o contexto.

Estando delineado o plano de intervenção, prosseguiu-se para as sessões de intervenção psicomotora.

### **5.5. Descrição da Intervenção**

O AF começou a ser acompanhado pela estagiária em janeiro de 2018, tendo sido nesse mesmo mês que se concretizou a avaliação inicial e se aplicou a anamnese. De fevereiro até maio de 2018 foram efetuadas as sessões individuais de intervenção psicomotora, com duração de 45 minutos no horário e espaço/contexto planeados (tabela 14 do ponto 5.4). Em junho de 2018, a intervenção terminou com a reavaliação da criança e, além disso, foi realizada uma reunião com a sua mãe para apresentação dos resultados obtidos durante este processo.

As sessões apresentavam uma estrutura idêntica, iniciando-se por um diálogo, depois eram elaboradas duas atividades (uma mais direcionada para a motricidade global e outra para a motricidade fina) e, no fim, outro diálogo. Uma vez que esta criança era muito retraída e tinha muitas dificuldades ao nível da expressão verbal, os diálogos foram um grande desafio. Por isso, muitas vezes, no final das sessões optava-se por compilar os diálogos a desenhos sobre as atividades que mais tinha gostado. Estes desenhos também funcionaram como um meio de comunicação, uma vez que eram levados para casa, a estagiária registava nos mesmos algumas observações para que os pais pudessem acompanhar o trabalho desenvolvido. Os planeamentos e observações das sessões encontram-se no anexo N.

Tal como foi planeado, o processo de intervenção decorreu durante 6 meses. Contudo, estavam previstas 17 sessões, das quais foram concretizadas 16 por motivos de saúde do AF.

## 5.6. Avaliação Final

A avaliação final foi realizada nos dias 5 e 12 de junho de 2018 das 16:15 às 17:00, numa das salas de trabalho do jardim-de-infância do Centro Paroquial São João de Brito. A sala era de pequenas dimensões, com pouca luminosidade e apresentava mesas bem como diversos materiais. Para a elaboração da avaliação foi necessário preparar previamente alguns materiais, descritos no manual do utilizador da SGS II.

### 5.6.1. Apresentação de Resultados

Os resultados obtidos na avaliação final são apresentados no quadro da figura 9, no qual se encontra o perfil intraindividual final do AF.

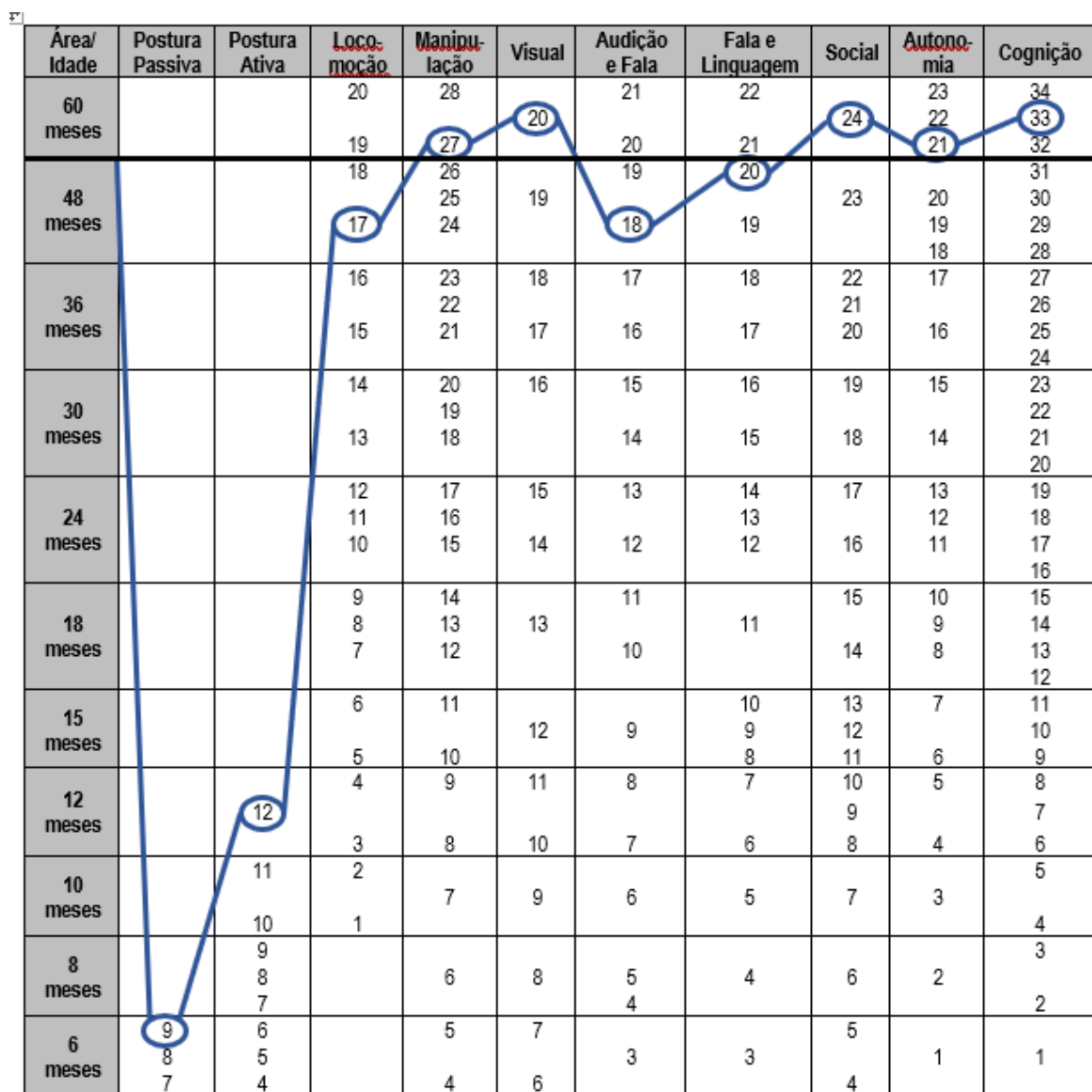


Figura 9 - Perfil de desenvolvimento intraindividual final do AF.

Nas capacidades posturais passivas, o AF obteve a pontuação máxima de 9. Este desempenho é considerado expectável para a sua idade (53 meses), uma vez que, de

acordo com os parâmetros do perfil de desenvolvimento, estas capacidades são adquiridas até aos 7 meses.

Nas capacidades posturais ativas, o AF teve a pontuação máxima de 12. Este desempenho é avaliado como esperado para a sua idade (53 meses), sendo que, em função dos parâmetros do perfil de desenvolvimento, estas capacidades são adquiridas até aos 12 meses.

Nas capacidades posturais locomotoras foi obtida uma pontuação de 17. Este desempenho está abaixo do expectável para a sua idade (53 meses), dado que, de acordo com os parâmetros do perfil de desenvolvimento, a cotação previsível nesta idade é de 19.

Nas capacidades manipulativas a pontuação foi de 27 e nas capacidades visuais foi de 20, sendo estes os resultados estimados para a sua idade (53 meses).

Nas capacidades de audição e fala a pontuação foi de 18. De acordo com os parâmetros do perfil de desenvolvimento, este valor está abaixo do expectável para a sua idade (53 meses), a pontuação deveria ser de 20. Nas capacidades de fala e linguagem, o AF obteve uma pontuação de 20. Este desempenho está ligeiramente abaixo para a sua idade (53 meses), deveria ser 21. É de referir que dois dos itens não se verificam (itens 125 e 129).

Nas capacidades de interação social a pontuação foi de 24 e nas capacidades de autonomia foi de 21, sendo estes os desempenhos expectáveis para a sua idade (53 meses).

Na área da cognição a pontuação foi de 33. Isto indica que o AF apresenta um desempenho ligeiramente acima do esperado para a sua idade (53 meses), a pontuação deveria ser de 32.

De modo geral, os resultados obtidos revelam que, na maioria das áreas, o AF apresenta um desenvolvimento esperado para a sua idade (53 meses). Podemos identificar como áreas fortes as capacidades visuais, sociais e a cognição e, as restantes áreas devem continuar a ser trabalhadas.

Após a análise da avaliação final, foram discutidos os resultados obtidos.

## **5.7. Discussão dos Resultados**

O AF é uma criança com 4 anos de idade que foi diagnosticado com um atraso do desenvolvimento psicomotor e uma perturbação da linguagem. Assim, tendo em conta os critérios descritos por Shevell et al. (2003), o AF reúne as características para o diagnóstico de um Atraso Global do Desenvolvimento. Além disso, apresenta algumas dificuldades ao nível da atenção, da memorização, do planeamento de ações motoras e dos processos perceptivos.

Segundo o histórico clínico do AF, no período pré-natal foi detetada uma cardiopatia, percebendo-se à nascença da existência de uma tetralogia de Fallot. De

acordo com Dornelas et al. (2015), Morin e Harstad (2017) e Oliveira et al. (2012), certas condições médicas podem ser um fator de risco do AGD, assim a patologia cardíaca apresentada pelo AF pode ter sido uma possível causa para o surgimento do atraso do desenvolvimento psicomotor e da perturbação da linguagem.

Nas primeiras sessões, o AF demonstrou ser uma criança tímida, retraída e com pouca iniciativa, mas com facilidade em aderir às atividades propostas. Nesta fase, evitava comunicar verbalmente, sendo que frequentemente respondia às questões com acenos de cabeça. No decorrer da intervenção, o estabelecimento de vínculo afetivo com a estagiária, os reforços, a atribuição de um papel ativo, entre outros, permitiram que ganhasse mais confiança em si próprio e, por sua vez, ficasse mais desinibido, participativo e com muito mais iniciativa para se expressar verbalmente. Consequentemente, surgiram diversas conquistas no seu desenvolvimento.

Analisando os resultados obtidos no início e final da intervenção, verifica-se que ocorreram progressões na maioria das áreas: locomoção, manipulação, fala e linguagem, autonomia e cognição. Contudo, nalgumas áreas as evoluções permitiram que o AF atingisse os parâmetros expectáveis de desenvolvimento para a sua idade (manipulação, autonomia e cognição), enquanto nas áreas locomotora e da fala e linguagem o mesmo não se verificou (estas áreas continuaram com uma pontuação abaixo do esperado para a sua idade). É de notar que a área da fala e linguagem foi a que teve a evolução mais significativa, o que reflete o trabalho efetuado no acompanhamento em terapia da fala.

Como era expectável, as capacidades posturais passivas e ativas mantiveram-se, uma vez que desde o início da intervenção que as mesmas já tinham sido adquiridas totalmente. As capacidades visuais e sociais também permaneceram e estão ao nível daquilo que é esperado para a sua idade. Outra área em que também não ocorreram alterações de cotação foi a audição e fala, no entanto previa-se que, em função da idade, surgissem evoluções (esta área encontra-se abaixo do esperado para a sua idade).

Analisando especificamente as áreas que foram propostas a ser trabalhadas com a estagiária (locomoção, manipulação e cognição), no âmbito da intervenção psicomotora, verificou-se que todas tiveram melhorias. Ao nível da locomoção, observou-se que o AF foi capaz de adquirir a capacidade de permanecer e caminhar em apoio retilíneo, bem como de saltar a pés juntos; os objetivos referentes ao apoio unipedal não se confirmaram, contudo, ao longo das sessões, foram registadas melhorias no tempo de permanência nesta posição. Ao nível da manipulação, demonstrou melhorias na execução da pega fina e na capacidade de grafomotricidade. Ao nível da cognição, conseguiu atingir a capacidade de imitar modelos de desenho, construção, moldagem, etc. e desenhar a figura humana com distinção de mais de três partes do corpo, bem como progredir nas capacidades de memorizar instruções simples e de planejar ações motoras. No anexo O encontram-se

algumas imagens dos resultados da avaliação inicial e final do AF, que demonstram as suas progressões.

Apesar do curto prazo de intervenção, estes resultados revelam a eficácia da psicomotricidade de cariz reeducativo (APP, 2017; Martins, 2001) no âmbito das perturbações do desenvolvimento (Fonseca, 2001). Neste processo de intervenção, recorreu-se a atividades lúdicas/jogo para intervir nos aspetos desajustados do AF (APP, 2012; Joly, 2007), bem como ao estabelecimento de um vínculo afetivo que atribuísse à mesma confiança e segurança para se expressar (Gras, 2004; Llinares, 2007).

## **5.8. Conclusões**

Numa visão geral, foram registadas diversas progressões. Apesar de ser expectável que no decurso da idade se adquiram determinadas competências, é de notar que, inicialmente, as três áreas (locomotoção, manipulação e cognição) trabalhadas com a estagiária estavam abaixo do esperado para a idade do AF e, após a intervenção, duas dessas áreas (manipulação e cognição) passaram a estar nos parâmetros expectáveis em função da idade.

Os ganhos observados foram o resultado de uma intervenção psicomotora regular semanal compilada com outros apoios, como a terapia da fala. No entanto, as dificuldades apresentadas pelo AF ao nível psicomotor requerem que haja um trabalho continuado, para que as mesmas sejam ultrapassadas e o progresso seja ainda mais evidente. Recomenda-se que o AF continue a ser acompanhado no âmbito da intervenção psicomotora.

Durante este processo de intervenção, considera-se que a principal limitação foi as condições do espaço onde decorriam as sessões, uma vez que era uma sala de pequenas dimensões, com pouca luminosidade e com muitos materiais (e.g. mesas, armários, trabalhos das crianças, entre outros). Além disso, a creche dispunha de muito pouco material de ginásio, por esse motivo muitos materiais tiveram de ser levados pela estagiária e outros tiveram de ser adaptados. Estas condições limitaram o tipo de atividades que poderiam ser realizadas, principalmente ao nível da motricidade global (e.g. circuitos).

## **6. Estudo de Caso MP**

Este capítulo consiste na descrição do processo de intervenção referente ao estudo de caso MP, estando organizado em oito subcapítulos: metodologia (caracterização do caso e caracterização do instrumento), procedimentos, avaliação inicial, plano de intervenção, descrição da intervenção, avaliação final, discussão de resultados e conclusões.

## **6.1. Metodologia**

### **6.1.1. Caracterização do Caso**

A MP é uma adolescente do género feminino com 18 anos e nacionalidade portuguesa. Vive num apartamento numa zona urbana com os pais e os dois irmãos, um do género feminino com 14 anos e outro do género masculino com 17 anos. A mãe tem 43 anos e é diretora comercial, enquanto o pai tem 48 anos e é administrador. A família caracteriza-se por um nível socioeconómico médio-alto.

Relativamente ao histórico clínico, a gravidez da MP foi planeada e desejada, mas de risco, ocorrendo diversos incidentes. Na 24.<sup>a</sup> semana de gestação foi identificada uma interrupção do crescimento fetal e um crescimento assimétrico do coração (cardiopatia), sendo sinalizado uma cromossomopatia – translocação X-13. Na 39.<sup>o</sup> semana ocorreu o parto por fórceps.

Após o nascimento, a MP esteve na incubadora, uma vez que apresentava diversas dismorfias e alterações congénitas. Nos meses seguintes, foram realizadas três intervenções cirúrgicas: laqueação do canal arterial (coração); inserção de um botão de gastrostomia (hérnia do hiato); e, aplicação de uma prótese ao olho direito, como segunda opção após terem sido efetuados seis ciclos de quimioterapia, devido à deteção de um retinoblastoma unilateral.

Como consequência destes fatores, a MP foi diagnosticada com multideficiência grave por translocação do cromossoma X-13, apresentando um atraso grave do desenvolvimento ao nível visual, motor, intelectual e comunicativo ou da linguagem. Além disso, ainda tem restrições alimentares, uma vez que não tem capacidade de deglutir alimentos sólidos.

No que se refere ao percurso educativo e terapêutico, a MP esteve ao cuidado de uma ama desde os 24 meses até aos 34 meses, posteriormente entrou no jardim-de-infância de educação especial. Nesse ano letivo (2002/2003), não recebeu qualquer tipo de apoio terapêutico. No ano letivo seguinte, começou a receber apoio ao domicílio de uma profissional de apoio educativo. No ano letivo de 2004/2005 iniciou terapia da fala, terapia ocupacional, fisioterapia e fisioterapia, cada uma com frequência semanal. A partir do ano letivo 2005/2006 foi autorizado o pedido de adiamento da escolaridade obrigatória. Em 2009/2010, foi transferida para o Colégio Oriente, instituição de ensino regular privado, no qual permanece até à atualidade. Neste Colégio, foi estabelecido um programa educativo individual, que envolve a intervenção especializada de técnicos de psicologia, terapia da fala, psicomotricidade, fisioterapia e hipoterapia, em trabalho conjunto com os educadores e a família. No ano letivo 2017/2018, estava inserida no pré-escolar e, recebia apoio ao nível da terapia da fala e intervenção psicomotora sob a responsabilidade da ACCS, cada uma com frequência quinzenal. Além disso, anualmente, a ACCS disponibiliza o acompanhamento semanal em psicomotricidade, decorrente dos estágios de 1.<sup>o</sup> ou 2.<sup>o</sup>



ciclo do curso de Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade Humana. Fora do Colégio, frequenta hipoterapia.

### **6.1.2. Caracterização do Instrumento de Avaliação – Inventário para Observação do Desenvolvimento**

O instrumento utilizado para avaliar o desenvolvimento da MP foi o Inventário para Observação do Desenvolvimento (IOD), criado por Cristina Rodrigues, Cristina Vieira e Rita Escalhão, em 2018, constituindo-se como uma edição própria da ACCS, IPSS.

Este inventário destina-se a jovens e adultos com NEE que estejam integrados em estabelecimentos de ensino especial ou ensino regular, cujas características não permitem a utilização de instrumentos de referência à norma, por não aportarem a informação necessária ou suficiente. Assim sendo, é um instrumento de referência a critério que pode ter como objetivo o estabelecimento de programas de intervenção individualizados ou a avaliação do curso da intervenção, por equipas multidisciplinares.

O IOD é constituído por 104 itens que avaliam cinco áreas do desenvolvimento: psicomotora, cognição, linguagem, competências sociais e autonomia. Além disso, ainda é avaliado outro domínio, as competências pré-escolares. Destas áreas, três dividem-se em subáreas: a psicomotora que abrange a lateralidade, a noção do corpo, a estruturação espacial, a estruturação temporal, o equilíbrio, a motricidade global e a motricidade fina; a da linguagem que se subdivide em semântica, morfossintaxe e pragmática; e, a autonomia que inclui a alimentação e a higiene e vestuário.

Os itens podem ser de vários tipos: observação (O), questionamento (Q) e/ou aplicação (A). Na ficha de registo (anexo P) encontra-se a classificação correspondente a cada item.

A cotação é qualitativa e atribuída em função da intensidade e tipo de apoio, apresentando seis níveis de classificação: não faz (NF), faz com ajuda verbal e física (FAVF), faz com ajuda física (FAF), faz com ajuda verbal (FAV), faz com demonstração (FD) e faz autonomamente (FA).

O IOD implica a utilização de diversos materiais que são referidos no manual que descreve as tarefas. Ao longo da aplicação, sempre que for necessário, o técnico deve fazer demonstração. Além disso, deve ser observado o nível de atenção e concentração na concretização das tarefas.

## **6.2. Procedimentos**

Através do protocolo de colaboração da ACCS com o Colégio Oriente, a orientadora local contactou com o Colégio para formalizar a realização da intervenção com a MP, decorrente do estágio de Mestrado em Reabilitação Psicomotora da Faculdade de Motricidade

Humana. Uma vez que a ACCS disponibiliza, há vários anos, o acompanhamento de estagiários à criança, não foi necessário a aplicação de um consentimento formal.

Antes de começar o acompanhamento, foi observada uma sessão de terapia psicomotora, na qual a estagiária foi apresentada à MP. Posteriormente, no dia 11 de novembro de 2017, procedeu-se ao início da intervenção.

Para a recolha de informações sobre a criança, a educadora da mesma disponibilizou e permitiu a consulta dos dossiês sobre os percursos terapêutico e educativo.

### 6.3. Avaliação Inicial

A avaliação inicial foi concretizada nos dias 30 de janeiro, 20 e 27 de fevereiro, 6, 13 e 20 de março de 2018, das 13:00 às 13:45 horas, no Colégio Oriente. A maioria das tarefas foram aplicadas na sala do pré-escolar, as restantes foram realizadas ou observadas noutros espaços do Colégio (e.g. refeitório, casa de banho, escadas, etc.). A sala do pré-escolar organizava-se por zonas de trabalho (e.g. casinha, biblioteca, mesas, tapete, etc.), era espaçosa e luminosa e, apresentava diversos materiais. Durante a avaliação, não se encontravam outras crianças na sala.

Para a concretização da avaliação inicial, foi necessário preparar previamente alguns materiais, mencionados na descrição das tarefas do IOD.

#### 6.3.1. Apresentação de Resultados

Os resultados obtidos através da aplicação do Inventário para Observação do Desenvolvimento (IOD) são apresentados nas tabelas que se seguem, organizadas por áreas de desenvolvimento.

Tabela 17 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento psicomotor.

Área de Desenvolvimento	Subárea	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
Desenvolvimento Psicomotor	Controlo Postural	1. Imobilidade (de pé).	FA
		2. Sentado no chão	FAVF
		3. Sentado na cadeira	FAVF
		4. Deitado	FAVF
	Lateralidade	5. Preferência manual	FAV
		6. Preferência visual	NF
		7. Preferência auditiva	NF
		8. Reconhecimento direita e esquerda no corpo	NF
	Noção do Corpo	9. Identificação das partes do corpo	FAV
		10. Nomeação das partes do corpo	FAV
	Estruturação Espacial	11. Identificação de zonas num espaço conhecido	NF
		12. Nomeação de espaços de um edifício	FAV

Tabela 18 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento psicomotor.

<b>Desenvolvimento Psicomotor</b>	Estruturação Temporal	13. Ritmo	NF
		14. Velocidade	NF
		15. Conhecimento dos períodos do dia	FAV
	Equilíbrio	16. Equilíbrio estático	NF
		17. Apoio unipedal	NF
	Motricidade Global	18. Marcha autônoma	FAV
		19. Correr	FAF
		20. Subir escadas	FAVF
		21. Descer escadas	FAVF
		22. Coordenação oculo-pedal	FAV
		23. Coordenação oculo-manual	NF
		24. Transporte de objeto	FAV
	Motricidade Fina	25. Transferência de objetos	FAV
		26. Preensão	FAV
		27. Enfiamentos	FAV e FD
		28. Grafomotricidade	FAF

No desenvolvimento psicomotor, a MP necessitou de muita ajuda verbal, principalmente ao nível do controlo postural, da noção do corpo e das motricidades global e fina. Também careceu de alguma ajuda física, essencialmente no controlo postural e na motricidade global. Algumas das tarefas não foi capaz de fazer, maioritariamente ao nível da lateralidade, da estruturação temporal e do equilíbrio (tabela 16).

Tabela 19 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento cognitivo.

Área de Desenvolvimento	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
<b>Desenvolvimento Cognitivo</b>	29. Jogo simbólico	NF
	30. Desenho da figura humana	NF
	31. Identificação de cores	NF
	32. Nomeação de cores	FAV
	33. Identificação de figuras geométricas	NF
	34. Nomeação de figuras geométricas	FAV

No desenvolvimento cognitivo, a maioria das tarefas não foi capaz de concretizar e, as que realizou foi com muita ajuda verbal (tabela 17).

Tabela 20 - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem.

Área de Desenvolvimento	Subárea	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
<b>Desenvolvimento da Linguagem</b>	Semântica	35. Associação de objetos iguais	FAV
		36. Associação de objetos a imagens	FAV
		37. Associação de imagens iguais	NF
		38. Associação de itens relacionados	NF
		39. Identificação de itens opostos simples	NF
		40. Nomeação de itens opostos simples	FAV

Tabela 21 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem.

<b>Desenvolvimento da Linguagem</b>	<b>Semântica</b>	41. Agrupar imagens por categorias semânticas	NF
		42. Evocar por categorias semânticas	NF
		43. Compreensão das funções dos objetos	NF
		44. Identificação de pessoas próximas	FAV
		45. Nomeação de pessoas próximas	FAV
		46. Identificação de alimentos	NF
		47. Nomeação de alimentos	FAV
		48. Identificação de ações do cotidiano	NF
		49. Nomeação de ações do cotidiano	FAV
		50. Identificação de animais	NF
		51. Nomeação de animais	FAV
		52. Identificação de vestuário do dia a dia	NF
		53. Nomeação de vestuário do dia a dia	FAV
		54. Identificação de sensações	NF
		55. Nomeação de sensações	FAV
		56. Identificação de quantidades	NF
		57. Nomeação de quantidades	NF
		58. Identificação de tamanhos	NF
		59. Nomeação de tamanhos	NF
		60. Identificação de noções espaciais	FAV
		61. Nomeação de noções espaciais	NF
	<b>Morfossintaxe</b>	62. Cumprir ordens simples em frases subordinadas	FAV
		63. Cumprir ordens simples em frases coordenadas	FAV
		64. Utilização de palavras interrogativas	FA
		65. Fazer frases simples até três elementos	NF
		66. Utilizar vocabulário novo	NF
		67. Repetir palavras sob comando	FA
		68. Cumprimenta o outro	FA
		69. Tomar a vez	FA
		70. Chamar à atenção	FA
		71. Iniciar uma conversa	FA
	<b>Pragmática</b>	72. Manter uma conversa	FAV
		73. Reiniciar uma conversa	NF
		74. Utilização da função comunicativa instrumental	NF
		75. Utilização da função comunicativa reguladora	NF
		76. Utilização da função comunicativa interrelacional (relações sociais)	FA
		77. Utilização da função comunicativa heurística	NF

Tabela 22 (cont.) - Resultados da avaliação inicial da MP no desenvolvimento da linguagem.

<b>Desenvolvimento da Linguagem</b>	Pragmática	78. Utilização da função comunicativa imaginativa	NF
		79. Utilização da função comunicativa informativa	FAV

No desenvolvimento da linguagem, verifica-se que existe uma grande necessidade de apoio em todas as subáreas. Grande parte das tarefas não foi capaz de executar, algumas conseguiu fazer com muita ajuda verbal e outras observou-se que consegue fazer autonomamente (tabela 18).

Tabela 23 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências sociais.

<b>Área de Desenvolvimento</b>	<b>Item</b>	<b>Intensidade e Tipo de Apoio</b>
<b>Competências Sociais</b>	80. Responder ao tratamento carinhoso	FA
	81. Interação com os pares	NF
	82. Interação com adultos	FA
	83. Distinção de pessoas conhecidas de desconhecidas	FA
	84. Brincar com objetos	NF
	85. Contato visual	FA
	86. Participação nas atividades individuais	FAVF
	87. Participação nas atividades de grupo	FAVF

Na área das competências sociais, a MP não necessitou de muita ajuda. Contudo, nalgumas tarefas precisou de ajuda verbal e física e, outras não foi capaz de executar (tabela 19).

Tabela 24 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências sociais.

<b>Área de Desenvolvimento</b>	<b>Subárea</b>	<b>Item</b>	<b>Intensidade e Tipo de Apoio</b>
<b>Competências de Autonomia Pessoal</b>	Alimentação	88. Comer com colher ou garfo	FAV
		89. Comer com colher e garfo	NF
		90. Comer com garfo e faca	NF
		91. Beber por um copo	FAVF
		92. Utilizar o guardanapo	FAV
	Higiene e Vestuário	93. Despir	FAVF
		94. Vestir	FAVF
		95. Lavar as mãos	FAVF
		96. Secar a cara	FAVF
		97. Tomar banho	FAVF
		98. Lavar os dentes	FAVF
		99. Pentear-se	FAV

Nas competências de autonomia pessoal, precisou de ajuda verbal e/ou física quer na subárea da alimentação como na subárea da higiene e vestuário, mas principalmente na última (tabela 20).

Tabela 25 - Resultados da avaliação inicial da MP nas competências pré-escolares.

Área de Desenvolvimento	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
Competências Pré-Escolares	100. Identificação de palavras	NF
	101. Reconhecimento e identificação de letras do seu nome	NF
	102. Contagem em voz alta	FAV
	103. Identificação dos números até 10	NF
	104. Imitação de gestos	FAF

Nas competências pré-escolares, a maioria das tarefas não foi capaz de executar e, as restantes necessitou de ajuda verbal e física (tabela 21).

É ainda de referir que ao longo da avaliação a MP encontrava-se muito distraída e pouco participativa, o que tornou a aplicação mais demorada. Numa visão geral, os resultados obtidos indicam que a MP carece de apoio em todas as áreas do desenvolvimento avaliadas.

Após esta análise, foi estabelecido um plano de intervenção para a adolescente.

#### 6.4. Plano de Intervenção

As características gerais do plano de intervenção da MP são apresentadas na tabela 22.

Tabela 26 - Características gerais do plano de intervenção da MP.

<b>Estudo de Caso</b>	MP do género feminino com 18 anos com multideficiência por translocação do cromossoma X-13
<b>Tipo de Intervenção</b>	Intervenção Psicomotora Individual
<b>Duração</b>	8 meses
<b>Frequência</b>	Semanal à terça-feira das 11h30 às 13h30 (2 horas de sessão)
<b>N.º Total de Sessões</b>	24 sessões
<b>Divisão das Sessões</b>	Avaliação Inicial: 30 de janeiro, 20 e 27 de fevereiro, 6, 13 e 20 de março de 2018; Intervenção: novembro a maio de 2018; Avaliação Final: 5 e 12 de junho de 2018.
<b>Instrumento de Avaliação</b>	Inventário para Observação do Desenvolvimento (IOD)
<b>Recursos Materiais</b>	Material elaborado pela estagiária e do Colégio Oriente
<b>Contexto</b>	Refeitório, casa de banho e sala do pré-escolar do Colégio Oriente

A partir da informação clínica recolhida e da análise dos resultados obtidos na avaliação inicial, verificou-se que a MP necessita de intervenção em todas as áreas do desenvolvimento que foram avaliadas. Apesar disso, a intervenção será dirigida apenas para duas áreas, as que se consideraram mais pertinentes tendo em conta o tipo e o tempo de intervenção após a avaliação. As duas áreas de intervenção são: psicomotora, nomeadamente o controlo postural, a estruturação espacial, a motricidade global e a motricidade fina; e a autonomia, particularmente ao nível da alimentação e da higiene e vestuário. Os objetivos de intervenção encontram-se na tabela 23.

Tabela 27 - Objetivos de intervenção da MP.

Área de Desenvolvimento	Objetivos Gerais	Objetivos Específicos
<b>Psicomotora</b>	Melhorar o controlo postural	1. Ser capaz de se sentar numa cadeira sem ajuda física 2. Ser capaz de se deitar no chão sem ajuda física
	Promover a estruturação espacial	1. Ser capaz de identificar zonas num espaço conhecido 2. Ser capaz de nomear autonomamente espaços de um edifício
	Estimular a motricidade global	1. Melhorar a capacidade de marchar autonomamente 2. Ser capaz de lançar uma bola 3. Melhorar a capacidade de subir e descer escadas
	Promover a motricidade fina	1. Ser capaz de realizar pega fina (preensão entre polegar e indicador) 2. Aumentar a capacidade de grafomotricidade
	Melhorar as capacidades de autonomia na alimentação	1. Ser capaz de comer com colher autonomamente 2. Ser capaz de beber por um copo, segurando-o com uma mão e sem entronar
<b>Competências de Autonomia Pessoal</b>	Promover as capacidades de autonomia na higiene e vestuário	1. Ser capaz de vestir um fato de treino (camisola e calças)
		2. Ser capaz de despir um fato de treino (camisola e calças)
		3. Ser capaz de lavar as mãos e a cara autonomamente
		4. Ser capaz de secar as mãos e cara autonomamente

De forma a facilitar o processo de intervenção, foram delineadas algumas estratégias: 1) estabelecer uma relação empática com a criança; 2) estruturar todas as sessões de forma semelhante; 3) utilizar instruções verbais simples e diretas; 4) prestar ajuda verbal ou física sempre que necessário; 5) recorrer a feedbacks e a reforços positivos e negativos/corretivos; 6) demonstrar sempre que necessário; 7) simplificar ou complexificar as atividades sempre que necessário; 8) providenciar atividades de carácter lúdico; 9) atribuir um papel ativo à adolescente, através da ajuda na organização e arrumação do material; e 10) utilizar o material como mediador das atividades para promover a interação com a estagiária e o contexto.

Depois de ter sido definido este plano, continuou-se a intervenção focada nos objetivos propostos a serem trabalhados.

## 6.5. Descrição da Intervenção

A MP iniciou o acompanhamento pela estagiária em novembro de 2017, sendo nesse mês que foram recolhidas as informações gerais, clínicas e dos percursos terapêuticos e

educativos da jovem. De novembro de 2017 até ao final de janeiro de 2018 foram concretizadas sessões individuais de intervenção psicomotora, com duração de 2 horas no horário e espaço/contexto planeados (tabela 22 do ponto 6.4.). Do final de janeiro até março de 2018 foi aplicado o IOD em seis sessões de 45 minutos para a avaliação inicial. De março até maio de 2018 retomou-se às sessões de intervenção, focadas nos objetivos definidos. Por fim, em junho de 2018, procedeu-se à avaliação final, terminando o processo de intervenção.

As sessões organizavam-se de forma semelhante, sendo compostas por três momentos principais: 1) almoço no refeitório, no qual eram trabalhadas as capacidades de autonomia na alimentação; 2) ida à casa de banho, em que se estimulavam as capacidades de autonomia na higiene e vestuário; e 3) atividades dirigidas à promoção do desenvolvimento psicomotor. Geralmente, este último momento decorria na sala do pré-escolar, contudo, em diversas sessões também eram utilizados outros espaços, como o espaço exterior ou o ginásio. Uma vez que as sessões ocorriam em diversos espaços do colégio, as deslocações também foram importantes para potenciar as capacidades de controlo postural. No final das sessões, a estagiária registava no dossier de processo da MP as atividades que tinham sido feitas bem como algumas observações sobre o seu desempenho. Os planeamentos e observações das sessões são apresentados no anexo Q.

Como era previsto, o processo de intervenção teve a duração de 8 meses e foram realizadas 24 sessões de intervenção psicomotora.

## **6.6. Avaliação Final**

A avaliação final decorreu nos dias 5 e 12 de junho de 2018 das 12h às 13h30, no refeitório, na casa de banho e na sala do pré-escolar do Colégio Oriente. A sala estava dividida por zonas de trabalho (e.g. casinha, biblioteca, mesas, tapete, etc.), era espaçosa e luminosa e, apresentava diversos materiais. Durante a avaliação, não se encontravam outras crianças na sala.

A avaliação final exigiu a preparação prévia de alguns materiais, referidos na descrição das tarefas do IOD.

### **6.6.1. Apresentação de Resultados**

Como foi possível perceber na avaliação inicial, o instrumento utilizado é um pouco extenso, tendo ocupado cerca de 45 minutos de seis sessões. Por esse motivo, e uma vez que foram apenas trabalhadas duas áreas com a estagiária, na avaliação final optou-se por aplicar apenas os itens referentes ao desenvolvimento psicomotor e às competências de autonomia pessoal. Os resultados obtidos nestas áreas são apresentados nas tabelas que se seguem.



Tabela 28 - Resultados da avaliação final da MP no desenvolvimento psicomotor.

Área de Desenvolvimento	Subárea	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
<b>Desenvolvimento Psicomotor</b>	Controlo Postural	1. Imobilidade (de pé).	FA
		2. Sentado no chão	FAV
		3. Sentado na cadeira	FAV
		4. Deitado	FAV
	Lateralidade	5. Preferência manual	FA
		6. Preferência visual	NF
		7. Preferência auditiva	FA
		8. Reconhecimento direita e esquerda no corpo	NF
	Noção do Corpo	9. Identificação das partes do corpo	FAV
		10. Nomeação das partes do corpo	FAV e FA
	Estruturação Espacial	11. Identificação de zonas num espaço conhecido	FAVF
		12. Nomeação de espaços de um edifício	FAV e FA
	Estruturação Temporal	13. Ritmo	NF
		14. Velocidade	NF
		15. Conhecimento dos períodos do dia	FAV
	Equilíbrio	16. Equilíbrio estático	FAF
		17. Apoio unipedal	FAVF
		18. Marcha autónoma	FAV
	Motricidade Global	19. Correr	FAF
		20. Subir escadas	FAV
		21. Descer escadas	FAV
		22. Coordenação oculo-pedal	FAV e FD
		23. Coordenação oculo-manual	FAV e FD
		24. Transporte de objeto	FAV
	Motricidade Fina	25. Transferência de objetos	FAV e FD
		26. Preensão	FA
		27. Enfiamentos	FAV e FD
		28. Grafomotricidade	FAF e FD

No desenvolvimento psicomotor, a MP necessitou essencialmente de ajuda verbal. Nas subáreas do equilíbrio, da motricidade global e da motricidade fina também careceu de alguma ajuda física. Além disso, algumas tarefas que não foi capaz de executar e outras realizou autonomamente (tabela 24).

Tabela 29 - Resultados da avaliação final da MP nas competências sociais.

Área de Desenvolvimento	Subárea	Item	Intensidade e Tipo de Apoio
Competências de Autonomia Pessoal	Alimentação	105. Comer com colher ou garfo	FAV
		106. Comer com colher e garfo	NF
		107. Comer com garfo e faca	NF
		108. Beber por um copo	FAV
		109. Utilizar o guardanapo	FAV
	Higiene e Vestuário	110. Despir	FAV
		111. Vestir	FAV
		112. Lavar as mãos	FAV
		113. Secar a cara	FAVF
		114. Tomar banho	FAVF
		115. Lavar os dentes	FAVF
		116. Pentear-se	FAV

Nas competências de autonomia pessoal, nomeadamente na subárea da alimentação a MP necessitou de ajuda verbal e duas das tarefas não executou porque só come alimentos triturados, ou seja, estas tarefas não se aplicam. Na subárea da higiene e vestuário precisou de ajuda verbal e física (tabela 25).

De modo geral, ao nível psicomotor e das competências de autonomia, a adolescente continua a precisar de ajuda, essencialmente verbal. De seguida, serão discutidos os resultados referentes a este processo de intervenção.

## 6.7. Discussão de Resultados

A MP é uma adolescente em que foi detetada uma translocação do cromossoma X-13 que, segundo Myszk et al. (2010) e Stambolian et al. (1992), deriva de uma modificação na formação do óvulo ou espermatozoide, sem que haja qualquer alteração cromossómica dos progenitores. Pensa-se que esse tipo de alteração cromossómica foi a causa para o diagnóstico da multideficiência (Kirk e Gallagher, 1991). Consequentemente, foram identificadas algumas características ao nível dismórfico e anomalias congénitas, tal como um retinoblastoma unilateral (Dries, Baca, Truss e Dobin, 2003; Laquis, Rodriguez-Galindo, Wilson, Fleming e Haik, 2002; Nichols et al., 1980; Stambolian et al., 1992), que exigiu que a adolescente fosse submetida a uma operação para a colocação de uma prótese no olho direito.

De acordo com a literatura pesquisada, esta é uma condição genética rara que apresenta uma reduzida probabilidade de compatibilidade com a vida ou com uma esperança média de vida significativamente baixa, até à segunda infância (Vieira, Escalhão e Eça, 2015). Desta forma, este é um caso excecional, dado que a MP é uma adolescente com esta condição que já completou os 18 anos de idade.

A MP revelou-se uma criança risonha e muito afetiva, solicitando constantemente a atenção da estagiária (e.g. chamar pelo nome). Rapidamente ganhou confiança com a

estagiária, pelo que demonstra boas capacidades de interação social com adultos. Nas sessões, não tinha iniciativa e prestava pouca atenção às instruções e tarefas. Por vezes, mostrava-se resistente na adesão às tarefas e era muito pouco autónoma, sendo necessário prestar muito reforço e incentivo para que participasse nas atividades. Nas atividades rotineiras (almoço e ida à casa de banho) aderiu e participava com mais facilidade do que nas restantes atividades, dado que as primeiras eram sempre iguais. Com muita persistência, foi possível melhorar algumas competências, tanto a nível psicomotor como da autonomia.

No desenvolvimento psicomotor, nalgumas subáreas a intensidade de apoio reduziu, nomeadamente no controlo postural, na estruturação espacial, no equilíbrio e na motricidade global. Nas restantes subáreas não se verificaram modificações significativas. É de notar que a quantidade de tarefas que não fez também diminuiu.

Analisando as quatro subáreas do desenvolvimento psicomotor que foram propostas a ser trabalhadas, observaram-se melhorias no controlo postural, na estruturação espacial e na motricidade global, enquanto na motricidade fina não ocorreram alterações significativas. No controlo postural, a MP passou a ser capaz de se sentar numa cadeira e de deitar no chão sem ajuda física, contudo nesta última tarefa continuou a precisar de apoio físico (com apoio físico tem mais autonomia do que com ajuda física porque não depende de outra pessoa para fazer a tarefa). Na estruturação espacial, mostrou conseguir nomear os espaços da escola alguns com ajuda verbal e outros autonomamente (e.g. refeitório, casa de banho, sala), mas na identificação de zonas dentro de um espaço conhecido (e.g. sala) ainda precisa de muita ajuda. Na motricidade global, melhorou a capacidade de lançar uma bola, de marchar autonomamente e de subir e descer escadas. Na motricidade fina, melhorou a capacidade de preensão, mas o mesmo não se confirmou ao nível grafomotricidade.

Nas competências de autonomia, ao nível da alimentação continuou a necessitar de ajuda verbal (muito pouca) para comer com a colher, no entanto, demonstrou conseguir beber água pelo copo, segurando-o só com uma mão apesar de entornar. Ao nível da higiene e vestuário, revelou ser capaz de vestir e despir um fato de treino e lavar as mãos apenas com ajuda verbal, mas para secar as mãos e lavar e secar a cara continua a precisar também de ajuda física.

Estes resultados comprovam que a intervenção psicomotora de cariz terapêutico (APP, 2017; Martins, 2001) pode ser uma resposta bastante benéfica ao nível das perturbações do desenvolvimento (Fonseca, 2001). A partir da observação, avaliação e recolha de informação (Pitteri, 2004; Rodríguez e Llinares, 2008), identificou-se as necessidades da MP e, em função das mesmas, foram aplicadas metodologias adaptadas ao ritmo de desenvolvimento da adolescente (Aragón, 2009).

## **6.8. Conclusões**

No geral, observaram-se algumas melhorias ao nível do desenvolvimento psicomotor e das competências de autonomia pessoal. Apesar disso, considera-se que a frequência dos apoios prestados não é suficiente para responder às necessidades evidenciadas pela adolescente. Como foi possível perceber a partir da informação clínica recolhida e dos resultados da avaliação inicial, a MP apresenta uma condição muito particular que abrange muitas dificuldades nos diversos domínios do desenvolvimento, isto requer a prestação de apoios continuada e de elevada intensidade para que as suas competências sejam efetivamente potenciadas.

Como limitações, considera-se a falta de instrumentos validados no âmbito da intervenção psicomotora para avaliar indivíduos que manifestem condições clínicas específicas, como é o caso da MP, tendo de ser desenvolvido um instrumento de avaliação baseado noutros e adaptado às características do caso. Não sendo este um instrumento validado, a avaliação torna-se informal e dependente de um certo grau de subjetividade, além disso a sua elaboração exigiu algum tempo.

Outra limitação identificada foi a falta de contacto com a família, sendo que a estagiária nunca teve a oportunidade de conhecer os pais da MP que demonstraram pouca disponibilidade para participar neste processo. Dado que a família é um dos principais contextos de influência no desenvolvimento, considera-se fulcral perceber as preocupações dos pais bem como dar a conhecer o trabalho desenvolvido para que lhe seja dada continuidade em casa. Além disso, o contacto com a psicóloga escolar responsável pelo processo da MP também foi reduzido.

Além dos apoios reduzidos, também se verifica a existência de lacunas na comunicação entre agentes educativos (técnicos e pais) da MP. Isto indica-nos que, neste caso, não estão a ser providenciadas as medidas necessárias à inclusão desta aluna com NEE, o que poderá por em causa futuramente o seu nível de funcionalidade e participação na sociedade e, consequentemente, a sua qualidade de vida.

## Conclusão

O ingresso no Mestrado em Reabilitação Psicomotora resultou da necessidade de aprofundar conhecimentos quer a nível teórico como a nível prático, com a finalidade de potencializar competências enquanto psicomotricista. Uma vez que prevaleceu a vontade de ganhar experiência na componente prática, optou-se pela concretização do estágio profissionalizante.

O interesse pessoal em trabalhar com crianças e adolescentes no âmbito do desenvolvimento e aprendizagem determinou a escolha do local de estágio. Optou-se por realizar o estágio na ACCS porque a sua intervenção é dirigida, maioritariamente, a crianças e jovens com NEE e PD. A integração e participação no contexto profissional da ACCS foi uma experiência muito positiva e enriquecedora que permitiu aplicar os conhecimentos teóricos adquiridos durante os anos de formação (licenciatura e mestrado), bem como vivenciar novas aprendizagens.

A oportunidade de contactar com profissionais de outras especialidades foi bastante interessante, sendo que permitiu perceber que ao serem consideradas todas as áreas do desenvolvimento a intervenção pode ser muito mais benéfica. No trabalho desenvolvido em equipa multidisciplinar na ACCS são discutidas e consideradas as perspetivas de diferentes profissionais de saúde e educação, para que em conjunto se decidam as medidas de intervenção mais adequadas às necessidades de cada pessoa. Além disso, tornou-se ainda mais perceptível a importância que o psicomotricista pode ter neste tipo de equipas.

No decorrer do estágio também houve a possibilidade de contactar com a família, uma nova experiência para a estagiária que se tornou um grande desafio e, ao mesmo tempo, uma oportunidade de aprendizagem. Uma vez que a família é um dos principais contextos que influencia o desenvolvimento das crianças e jovens, é crucial envolvê-la no processo de intervenção para que funcione como uma aliada à equipa multidisciplinar. Assim, é fundamental saber lidar e comunicar com os pais para perceber as suas preocupações, obter informações sobre as crianças e ainda fornecer algumas estratégias que podem potencializar os resultados da intervenção. Esta experiência fez com que a estagiária ganhasse mais à vontade e confiança para interagir com a família.

Apesar da ACCS prestar serviços na sua sede, todos os casos acompanhados pela estagiária decorreram nas respetivas escolas e creches, o que se tornou um enorme desafio. Considera-se que a intervenção no contexto natural das crianças e jovens é uma grande mais valia, uma vez que ao estarem num local significativo/conhecido vão-se sentir mais seguras e disponíveis para interagir com a terapeuta bem como para explorar o meio envolvente. Isto facilita a intervenção e, pode ainda contribuir para a inclusão social. Além

disso, a intervenção nas escolas e creches possibilitou o contacto com os profissionais de educação que acompanhavam os mesmos casos, bem como com as famílias.

No entanto, a intervenção ao domicílio exigiu deslocações constantes e aumentou algumas dúvidas e incertezas da estagiária que foram colmatadas com a disponibilidade constante da Dra. Cristina Vieira, ajudando em qualquer dificuldade que surgisse. Este desafio permitiu a estagiária ganhar mais autonomia e confiança no trabalho, maior capacidade de resolução de problemas e, tornar-se mais versátil e disponível.

Como dificuldade considera-se a insegurança da estagiária que, principalmente na fase inicial, teve muitas dúvidas e incertezas sobre a forma como deveria atuar e que estratégias aplicar para que a intervenção tivesse resultados e, ao mesmo tempo, fosse prazerosa para as crianças. Contudo, ao longo do tempo e com a ajuda da equipa da ACCS bem como das colegas de estágio, foi possível adquirir maior capacidade de observação, resposta e reflexão.

Outra dificuldade foi ao nível da intervenção no âmbito do apoio psicopedagógico. Dado que a estagiária nunca tinha estado em contacto com esta metodologia de intervenção, por vezes surgiam dúvidas de como proceder. Apesar de durante a licenciatura ter sido abordada a psicopedagogia, em termos de intervenção não foi um tema muito aprofundado, por isso houve necessidade de pesquisar e perceber melhor o funcionamento desta metodologia. As diretrizes e esclarecimento de dúvidas da Dra. Cristina Vieira também ajudaram neste sentido.

Enquanto limitação identifica-se a falta de instrumentos validados no âmbito da intervenção psicomotora para avaliar indivíduos que manifestem condições clínicas específicas e que estejam adaptados à população portuguesa. Esta lacuna exigiu que a estagiária desenvolvesse dois instrumentos de avaliação adaptados aos estudos de caso, tornando as avaliações informais. No entanto, e apesar deste procedimento requerer algum esforço e tempo, foi uma grande ajuda para a estruturação dos planos de intervenção.

Numa opinião pessoal, a ACCS ao apresentar uma visão holística do ser humano, tendo em conta todas as áreas do desenvolvimento bem como os contextos onde a pessoa se insere, é uma instituição exemplar na intervenção no âmbito do desenvolvimento e aprendizagem. A integração na equipa multidisciplinar da ACCS resultou numa experiência de aprendizagem, conquistas e enriquecimento profissional e pessoal e, por sua vez, contribuiu para o aprofundamento de conhecimentos.

Além dos ganhos profissionais e pessoais, também foi bastante gratificante contribuir para a progressão do desenvolvimento das crianças e jovem acompanhados. Verificou-se que a psicomotricidade quer de cariz preventivo, reeducativo ou terapêutico, pode ser uma medida bastante benéfica na promoção do desenvolvimento infantil bem como na intervenção ao nível das perturbações do desenvolvimento. Nesta intervenção, foi possível compreender que cada criança é única e o psicomotricista deve transformar

todas as possibilidades do meio envolvente em oportunidades de aprendizagem e de promoção do desenvolvimento que proporcionem bem-estar.

Todas as conquistas e aprendizagens adquiridas ao longo desta experiência resultaram tanto da intervenção com os casos acompanhados e respetivas famílias como do trabalho conjunto com a Dra. Cristina Vieira, a equipa da ACCS e os educadores. Pensa-se que para um maior crescimento profissional é crucial continuar a atualização de conhecimentos, buscando sempre por novas aprendizagens, desafios e aprofundamento das competências que contribuam para a constante evolução. No futuro, pretende-se continuar a desenvolver a atividade profissional no âmbito do desenvolvimento e aprendizagem com crianças e adolescentes.

## Referências Bibliográficas

- Almeida, G. N. (2005). O espaço do psicomotricista numa equipa de Saúde Mental Infantil. *A Psicomotricidade*, 6, 56-64.
- Almeida, L. R. (2014). A questão do Eu e do Outro na psicogenética walloniana. *Estudos de Psicologia*, 31(4), 595-604. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/0103-166X2014000300013>
- American Psychiatric Association [APA] (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders V* (5.<sup>a</sup> ed.). Washington, DC e London, England: American Psychiatric Publishing.
- Amorim, R. (2011). Avaliação da criança com alteração da linguagem. *Nascer e Crescer*, XX(3), 174-176.
- Aragón, M. (2009). *Manual de Psicomotricidad*. Madrid: Ediciones Piramide.
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2013a). Notícias. Retirado a 26 de novembro de 2017 de [http://crescercomsentido.org/?page\\_id=1336](http://crescercomsentido.org/?page_id=1336)
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2013b). Serviços. Retirado a 20 de novembro de 2017 de [http://crescercomsentido.org/?page\\_id=2270](http://crescercomsentido.org/?page_id=2270)
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2013c). Sobre Nós. Retirado a 20 de novembro de 2017 de [http://crescercomsentido.org/?page\\_id=1195](http://crescercomsentido.org/?page_id=1195)
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2015). *Regulamento Interno de Funcionamento 2016*. Lisboa: Associação Crescer com Sentido.
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2017, outubro). *Apresentação Geral da Associação Crescer com Sentido*, IPSS apresentado pela Associação Crescer com Sentido, Lisboa.
- Associação Portuguesa de Psicomotricidade [APP] (2017). Psicomotricidade – Prática Profissional. Retirado em setembro de 2018 de <https://appsicomotricidade.pt/psicomotricidade/>
- Associação Crescer com Sentido [ACCS] (2018). Saber Com Sentido – A Abrangência da Intervenção Psicopedagógica. Retirado a 1 de novembro de 2018 de <http://crescercomsentido.org/?p=2930>
- Batista, L. S., Gonçalves, B. e Andrade, M. S. (2015). Avaliação Psicopedagógica de Criança com Alterações no Desenvolvimento: Relato de Experiência. *Revista Psicopedagogia*, 32. Retirado de <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/32/avaliacao-psicopedagogica-de-crianca-com-alteracoes-no-desenvolvimento--relato-de-experiencia>
- Beitchman, J. e Brownlie, E. (2010). Language Development and its Impact on Children's Psychosocial and Emotional Development (Ed. Revista). *Encyclopedia on Early Childhood Development*, 1-8. Retirado em setembro de 2018 de [http://www.child-encyclopedia.com/documents/Beitchman-BrownlieANGxp\\_rev.pdf](http://www.child-encyclopedia.com/documents/Beitchman-BrownlieANGxp_rev.pdf)
- Bellman, M., Lingam, S. e Aukett, A. (Eds.) (1996). *Schedule of Growing Skills II (SGSII): User's Guide*. Londres: nferNelson.
- Bolsoni-Silva, A. T., Loureiro, S. R., e Marturano, E. M. (2011). Problemas de comportamento e habilidades sociais infantis: modalidades de relatos. *Psico*, 42(3), 354-361.
- Boyle, J., McCartney, E., Forbes, J. e O'Hare, A. (2007). A randomised controlled trial and economic evaluation of direct versus indirect and individual versus group modes of speech and language therapy for children with primary language impairment. *Health Technol Assess*, 11(25).



Bronfenbrenner, U., e Morris, P. A. (1998). The Ecology of Developmental Processes. In W. Damon, e R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of Child Psychology: Theoretical Models of Human Development* (5th ed., Vol. 1, pp. 993-1028). New York: John Wiley.

Bronfenbrenner, U. e Morris, P. A. (2006). The bioecological model of human development. In W. Damon e R. M. Lerner (Eds.), *Handbook of child psychology: Theoretical models of human development* (6th ed., Vol. 1, pp. 793-828). Hoboken, NJ, USA: John Wiley & Sons, Inc.

Centro Paroquial São João de Brito (2018). Sobre [Página do Facebook]. Retirado a 20 de janeiro de 2018 de [https://www.facebook.com/pg/Centro-Paroquial-S%C3%A3o-Jo%C3%A3o-de-Brito-229932800419425/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/Centro-Paroquial-S%C3%A3o-Jo%C3%A3o-de-Brito-229932800419425/about/?ref=page_internal)

Coelho, V., Marchante, M., e Sousa, V. (2015). "Positive attitude": A multilevel model analysis of the effectiveness of a social and emotional learning program for Portuguese middle school students. *Journal of Adolescence*, 43, 29-38. doi: 10.1016/j.adolescence.2015.05.009

Committee on Children with Disabilities [CCD] (2001). Developmental Surveillance and Screening of Infants and Young Children. *Pediatrics*, 108(1), 192-195.

Colégio do Oriente (s/d a). Atividades de Complemento Curricular. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/ActividadesdeComplementoCurricular/tabid/159/Default.aspx>

Colégio do Oriente (s/d b). Colégio – Histórico. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/Col%C3%A9gio/Hist%C3%B3rico/tabid/111/Default.aspx>

Colégio do Oriente (s/d c). Colégio – Horário dos Serviços. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/Col%C3%A9gio/Hor%C3%A1riosdosServi%C3%A7os/tabid/124/Default.aspx>

Colégio do Oriente (s/d d). Colégio – Infraestruturas. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/Col%C3%A9gio/Infraestruturas/tabid/113/Default.aspx>

Colégio do Oriente (s/d e). Documentos de Referência do Colégio – Calendário Escolar. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/DocumentosdeRefer%C3%AanciaCol%C3%A9gio/Calend%C3%A1rioEscolar/tabid/139/Default.aspx>

Colégio do Oriente (s/d f). Estrutura Escolar. Retirado a 11 de janeiro de 2018 de <http://www.coriente.pt/EstruturaEscolar/tabid/126/Default.aspx>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017a). Atividades – Atividades Curriculares. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/atividades/atividades-curriculares/>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017b). Atividades – Atividades Extracurriculares. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/atividades/atividades-extra-curriculares/>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017c). Contactos. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/contactos/>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017d). Informações e Admissões – Horário de Funcionamento. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/contactos/>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017e). Instalações – 1.º ciclo. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/instalacoes/galeria-1o-ciclo/>

Colégio Saint Daniel Brottier (2017f). O Colégio - Equipa. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/o-colegio/equipa/>

- Colégio Saint Daniel Brottier (2017g). O Colégio – Projeto Educativo. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/o-colegio/projeto-educativo/>
- Colégio Saint Daniel Brottier (2017h). Oferta Educativa - Creche. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/oferta-educativa/creche/>
- Colégio Saint Daniel Brottier (2017i). Oferta Educativa – Jardim Infância. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/oferta-educativa/jardim-de-infancia/>
- Colégio Saint Daniel Brottier (2017j). Oferta Educativa – 1.º ciclo. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/oferta-educativa/1o-ciclo/>
- Colégio Saint Daniel Brottier (2017k). Oferta Educativa – 2.º ciclo. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de <http://csdbrottier.pt/oferta-educativa/2o-ciclo/>
- Colégio Saint Daniel Brottier (2018). Sobre [Página do Facebook]. Retirado a 12 de janeiro de 2018 de [https://www.facebook.com/pg/ColegioSaintDanielBrottier/about/?ref=page\\_internal](https://www.facebook.com/pg/ColegioSaintDanielBrottier/about/?ref=page_internal)
- Costa, J. (2005). Dinâmica de grupo em Psicomotricidade de base relacional. In Vigidal, M. (Ed.). *Intervenção Terapêutica em grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 273-296). Trilhos Lisboa: Lisboa.
- Costa, J. (2008). *Um olhar para a criança – Psicomotricidade Relacional*. Lisboa: Trilhos Editora.
- Dascanio, D., Del Prette, A., Barham, E. J., Rodrigues, O. M. P. R., Fontaine, A. M. G. V., e Del Prette, Z. A. P. (2015). Habilidades sociais, competência acadêmica e problemas de comportamento em crianças com diferentes níveis de plumbemia. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 28(1), 166-176. doi: 10.1590/1678-7153.201528118
- Davies, D. (2011). *Child Development - A Practitioner's Guide*. New York: The Guilford Press.
- Decreto-Lei n.º 281/2009 de 6 de outubro. *Diário da República*, 1.ª série – n.º 193.
- Dornelas, L., Duarte, N. e Magalhães, L. (2015). Atraso do desenvolvimento neuropsicomotor: mapa conceitual, definições, usos e limitações do termo. *Revista Paulina de Pediatria*. Doi: <https://doi.org/10.1016/j.rpped.2014.04.009>
- Dornelas, L., Duarte, N., Morales, N., Pinto, R., Araújo, R., Pereira, S. e Magalhães, L. (2016). Functional Outcome of School Children with history of Global Developmental Delay. *Journal of Child Neurology*, 31(8), 1041-1051.
- Dornelas, L. F. e Magalhães, L. C. (2016). Desempenho funcional de escolares que receberam diagnóstico de atraso do desenvolvimento neuropsicomotor até os dois anos. *Revista Paulista de Pediatria*, 34(1), 78-85.
- Dries, D., Baca, K., Truss, L. e Dobin, S. (2003). Interstitial deletion of 13q and a 13;X chromosome translocation results in partial trisomy 13 and bilateral retinoblastoma. *Ophthalmic Genetics*, 24(3), 175-180.
- Eickmann, S. H., Emond, A. M., e Lima, M. (2016). Evaluation of child development: beyond the neuromotor aspect. *Jornal de Pediatria*, 92(3), 71-83. doi: 10.1016/j.jped.2016.01.007
- Elias, L. C. d. S., e Amaral, M. V. (2016). Habilidades Sociais, Comportamentos e Desempenho Acadêmico em Escolares antes e após Intervenção. *Psico-USF*, 21(1), 49-61.
- EuroGentest (2008a). Alterações Cromossômicas – Informação para doentes e familiares (Trad. Jorge Sequeiros). Retirado a 27 de março de 2018 de [http://www.eurogentest.org/fileadmin/templates/eugt/leaflets/pdf/portuguese/chromosome\\_changes.pdf](http://www.eurogentest.org/fileadmin/templates/eugt/leaflets/pdf/portuguese/chromosome_changes.pdf)

EuroGentest (2008b). Translocações Cromossómicas – Informação para doentes e familiares (Trad. Jorge Sequeiros). Retirado a 27 de março de 2018 de [http://www.eurogentest.org/fileadmin/templates/eugt/leaflets/pdf/portuguese/chromosome\\_translocations.pdf](http://www.eurogentest.org/fileadmin/templates/eugt/leaflets/pdf/portuguese/chromosome_translocations.pdf)

Externato A Ritinha (s/d a). Babysitting. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.externatoaritinha.com/babysitting>

Externato A Ritinha (s/d b). Contactos. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.externatoaritinha.com/contatos>

Externato A Ritinha (s/d c). Espaço para Festas. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.externatoaritinha.com/espaco-para-festas>

Externato A Ritinha (s/d d). O Externato. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.externatoaritinha.com/o-externato>

Externato A Ritinha (s/d e). Quem Somos. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.externatoaritinha.com/quem-somos-1>

Externato A Ritinha (2018). Sobre [Página do Facebook]. Retirado a 10 de janeiro de 2018 de <https://www.facebook.com/externatoaritinha/>

Feitosa, F., Matos, M., Del Prette, Z., e Del Prette, A. (2005). Suporte social, nível socioeconómico e o ajustamento social e escolar de adolescentes portugueses. *Temas em Psicologia*, 13(2), 129-138.

Ferreira, J. (2004). Atraso Global do Desenvolvimento Psicomotor. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 20, 703-712.

Fonseca, V. (2001). *Psicomotricidade - Perspectivas Multidisciplinares*. Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2005). *Desenvolvimento Psicomotor e Aprendizagem* (1.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. (2010). *Manual de Observação Psicomotora: Significação Psiconeurológica dos Seus Factores* (3.<sup>a</sup> ed.). Lisboa: Âncora Editora.

Fonseca, V. e Martins, R. (2001). *Progressos em Psicomotricidade*. Lisboa: Edições FMH.

Freitas, C. N. e Corso, H. V. (2016). A Psicopedagogia na Educação Infantil: O Papel das Brincadeiras na Prevenção das Dificuldades de Aprendizagem. *Revista Psicopedagogia*, 33. Retirado de <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/490/a-psicopedagogia-na-educacao-infantil--o-papel-das-brincadeiras-na-prevencao-das-dificuldades-de-aprendizagem>

Freitas, E. J. F. L. F., Simões, M. C. R. e Martins, A. P. L. (2011). Impacto de um Programa de Competências Pessoais e Sociais em Crianças de Risco. In A. Lozano, M. Uzquiano, A. Rioboo, J. Blanco, B. Silva, e L. Almeida (eds.), *Libro de Actas do XI Congresso Internacional Galego-Portugués de Psicopedagogia* (pp. 641-650). Universidade da Coruna.

Fritz, A., Nascimento, A., Pranto, A., Lourenço, H., Carreto, M., Guimarães, R. e Brandão, T. (1999a). *Schedule of Growing Skills II (SGSII): Tradução e Adaptação da Ficha de Registo - versão de investigação*. UL - Faculdade de Motricidade Humana – Departamento de Educação Especial e Reabilitação.

Fritz, A., Nascimento, A., Pranto, A., Lourenço, H., Carreto, M., Guimarães, R. e Brandão, T. (1999b). *Schedule of Growing Skills II (SGSII): Tradução e Adaptação do Manual do Utilizador - versão de investigação*. UL - Faculdade de Motricidade Humana – Departamento de Educação Especial e Reabilitação.

- Gras, R. M. L. (2004) Discapacidad e intervención psicomotriz en la atención temprana. *Cuadernos de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales*, 22, 101-106.
- Greenberg, M. T., Weissberg, R. P., O'Brien, M. U., Zins, J. E., Fredericks, L., Resnik, H., e Elias, M. J. (2003). Enhancing school-based prevention and youth development through coordinated social, emotional, and academic learning. *American Psychologist*, 58(6-7), 466-474.
- Gundersen, K. K. (2014). Social Emotional Competence - Too Much or Too Little. *International Journal of Emotional Education*, 6(1), 4-13.
- Johnson, N., Moffatt, J., Smith, K e White, C. (2012). *A guide to Early Intervention Group Therapy - Ridge Meadows Child Development Centre Society*. Retirado de <http://rmcdc.com/wp-content/uploads/2014/11/AGuidetoEarlyInterventionGroupTherapy.pdf>.
- Joly, F. (2007). Les sens des thérapies psychomotrices en psychiatrie de l'enfant. *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*. 55(2), 73-86. doi: 10.1016/j.neurenf.2007.03.005
- Kelly, A. e Sandiford, J. (2013). Communication disorders. In A. Seal, G. Robinson, A. Kelly, e J. Williams (Eds.). *Children with neurodevelopmental disabilities: the essential guide to assessment and management* (1.<sup>a</sup> ed.). United Kingdom: Mac Keith Press.
- Kirk, S. e Gallagher, J. (1991). *A Educação da Criança Excepcional* (2.<sup>a</sup> Edição). São Paulo: Martins Fontes.
- Krebs, R. J. (2001). Desenvolvimento infantil: a ecologia dos processos desenvolvimentais. In R. J. Krebs, F. Copetti, M. R. Roso, M. S. Kroeff e P. H. Souza (eds.), *Desenvolvimento Infantil em Contexto – Livro Anual da Sociedade Internacional para Estudos da Criança* (pp. 33-45). Brasil: UDESC.
- Krebs, R. J. (2007). Desenvolvimento infantil: uma breve apresentação de algumas teorias emergentes. In R. J. Krebs e C. A. Ferreira Neto (eds.), *Tópicos em Desenvolvimento Motor na Infância e Adolescência – Livro da Sociedade Internacional para Estudos da Criança* (pp. 9-27). Rio de Janeiro: Nova Letra.
- Lapierre, A. (2008). El juego. Expresión primera del inconsciente. *Revista Ibero Americana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 8(3), 137 – 147.
- Laquis, S. J., Rodriguez-Galindo, C., Wilson, M. W., Flenning, J. C. e Haik, B. G. (2002). Retinoblastoma in a patient with an X;13 translocation and facial abnormalities consistent with 13q-syndrome. *Brief Reports*, 122(2), 285-287.
- Law, J., Boyle, J., Harris, F., Harkness, A., e Nye, C. (2000). Prevalence and natural history of primary speech and language delay: findings from a recent systematic review of the literature. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 35, 165-188.
- Lázaro, A., L. e Félez, C. R. (2014). La intervención psicomotriz educativa y la superación de fobias: Estudio de caso. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad e Técnicas Corporales*, 39, 93-121.
- Leme, V. B. R., Del Prette, Z. A. P., Koller, S. H., e Del Prette, A. (2016). Habilidades Sociais e o Modelo Bioecológico do Desenvolvimento Humano: Análise e Perspectivas. *Psicologia & Sociedade*, 28(1), 181-193.
- Llinares, M. (2007). Aprender el cuerpo cuanto antes: la atención psicomotriz temprana. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Coporales*, 7(25), 31-38.
- Llinares, M. e Rodriguez, J. (2003). Cresciendo juntos: un acercamiento desde la educación psicomotriz a la personas con espectro autista. *Revista Iberoamericana de Psicomotricidad y Técnicas Corporales*, 3(2), 11-24.

- Marotz, L. R. e Allen, K. E., (2011). *Developmental Profiles Pre-birth through Adolescence* (7th ed.). Wadsworth: Cengage Learning.
- Martins, R. (2001). Questões sobre a Identidade da Psicomotricidade – As Práticas entre o Instrumental e o Relacional. In Fonseca, V. & Martins, R. (Ed.). *Progressos em Psicomotricidade* (pp. 29-40). Lisboa: Edições FMH.
- Madrona, P. G., Marín, E. C. G., e López, P. D. M. (2012). Incremento de las habilidades sociales a través de la expresión corporal: la experiencia en clases de iniciación al baile. *Cuadernos de Psicología del Deporte*, 12(2), 83-88.
- Masini, E. F. S. (2003). Psicopedagogia e Inclusão – O Papel do Profissional e da Escola. *Revista Psicopedagogia*, 20. Retirado de <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/466/psicopedagogia---inclusao---o-papel-do-profissional-e-da-escola>
- Matos, M. G. (1997). *Comunicação e Gestão de Conflitos na Escola*. Lisboa: Edições FMH.
- Matos, M. G. (2005). Promoção e gestão de conflitos na escola. In M. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 289-363). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, P. P. (2009). Perturbações do desenvolvimento infantil – conceitos gerais. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25(6), 669-676.
- Matos, M. e Spencer, S. (2008). Prevenção e Saúde positiva em crianças e adolescentes. In M. Matos (Ed.), *Comunicação, gestão de conflitos e saúde na escola* (pp. 56-73). Lisboa: FMH Edições.
- Matos, M., e Tomé, G. (2012). *Aventura social: Promoção de competências e do capital social para o empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade: Estado da arte* (Vol. 1). Lisboa: Placebo Editora.
- Matos, M. G., Simões, C., e Canha, L. (2008). Competência social em problemas de comportamento. In M. Matos e G. Tomé (Eds.), *Aventura Social: Promoção de competências e capital social para um empreendedorismo com saúde na escola e na comunidade* (Vol. 2, pp. 17-58). Lisboa: Placebo Editora.
- Matos, M., Nahama, V., Petit, F., e Sacchi, D. (2010). Social skills in children and adolescents: evaluation and intervention issues in school and clinical contexts. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, (2), 105-116.
- McLeod, S. e Harrison, L. J. (2009). Epidemiology of Speech and Language Impairment in a Nationally Representative Sample of 4- to 5-Year-Old Children. *J Speech Lang Hear Res*, 52(5), 1213-1229.
- Ministério da Educação. (2008). *Alunos com multideficiência e com surdocegueira congénita – Organização da resposta educativa*. Lisboa: Direção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular e Direção de Serviços da Educação Especial e do Apoio Sócio-Educativo.
- Morin, A., e Harstad, E. (julho de 2017). What you need to know about Developmental Delay. Obtido de Undestood for learning & attention issues: <https://www.understood.org/en/learning-attention-issues/treatments-approaches/early-intervention/what-you-need-to-know-about-developmental-delays>
- Mousinho, R., Schmid, E., Pereira, J., Lyra, L., Mendes, L., e Nóbrega, V. (2008). Aquisição e desenvolvimento da linguagem: dificuldades que podem surgir neste percurso. *Revista Psicopedagogia*, 25(78), 297-306.
- Myszka, A., Karpinski, P., Makowska, I., Lassota, M., Przelozna, B., Slezak, R. e Sasiadek, M. (2010). DNA methylation analysis of a de novo balanced X;13 translocation in a girl with



- abnormal phenotype: evidence for functional duplication of the whole short arm of the X chromosome. *Journal of Applied Genetics*, 51(3), 331-335. doi: 10.1007/BF03208863
- Newman, B. M. e Newman, P. R. (2017). *Development Through Life: A Psychosocial Approach* (13th ed.). USA: Cengage Learning.
- Nichols, W. W., Miller, R. C., Sobel, M., Hoffman, E., Sparkes, R. S., Mohandas, T., Veomett, I. e Davis, J. R. (1980). Further observations on a 13qXp translocation associated with retinoblastoma. *American Journal of Ophthalmology*, 89(5), 621-627.
- Nip, I., Green, J. e Marx, D. (2011). The Coemergence of Cognition, Language, and Speech Motor Control in Early Development: A longitudinal Correlation Study. *Journal Communications Disorders*, 44(2), 149-160.
- Normas Regulamentares do Mestrado em Reabilitação Psicomotora (2016). Universidade de Lisboa. Lisboa: Faculdade de Motricidade Humana.
- Noronha, Z. e Noronha, M. (1993). Apoio Psicopedagógico – Teoria e Prática da Reeducação. Braga: Plátano – Edições Técnicas.
- Nunes, C. e Amaral, I. (2008). Educação, Multideficiência e Ensino Regular: Um Processo de Mudança de Atitude. *Revista Diversidades*, Ano 6(N.º 20), 4-9.
- Nunes, C. (2005). Os alunos com multideficiência na sala de aula. In Inês Sim-Sim (Ed.). *Necessidades Educativas Especiais: Dificuldades da Criança ou da Escola?*. Lisboa: Texto Editores.
- Nutkins, S., McDonald, C. e Stephen, M. (2013). *Early Childhood Education and Care: An Introduction*. London: SAGE.
- Oliveira, R., Rodrigues, F., Venâncio, M., Saraiva, J. e Fernandes, B. (2012). Avaliação e Investigação Etiológica do Atraso do Desenvolvimento Psicomotor/Déficite Intelectual. *Saúde Infantil*, 34(3), 5-10.
- Onofre, P. (2003). A importância da dinâmica grupal... na Psicomotricidade da criança – Um ensaio para uma estratégia de intervenção educo-terapêutica para que a criança comece a adquirir noção da sociabilidade, da criatividade e da aprendizagem em grupo. *A Psicomotricidade*, 1(1), 37-41.
- Orellove, F. P., Sobsey, D. e Siberman, R. S. (Eds.). (2004). *Educating Children with Multiple Disabilities – A Collaborative Approach* (Fourth Edition). Universidade de Virginia: P.H. Brookes Publishing Company.
- Papalia, D. E. e Feldman, R. D. (2013). *Desenvolvimento Humano* (12.ª ed.). Porto Alegre: AMGH.
- Papalia, D. E., Olds, S. W. e Feldman, R. D. (2009). *O mundo da criança – Da infância à adolescência* (11.ª ed.). São Paulo: McGraw-Hill Interamericana.
- Peltonen, K., Qouta, S., Sarraj, E., e Punamäki, R. (2012). Effectiveness of school-based intervention in enhancing mental health and social functioning among war-affected children. *Traumatology*, 18(4), 37-46.
- Pitteri, F. (2004). O Exame Psicomotor. *A Psicomotricidade*, 3, 47-52.
- Probst, M., Knapen, J., Poot, G. e Vancampfort, D. (2010). Psychomotor Therapy and Psychiatry: What's in a Name? *The Open Complementary Medicine Journal*, 2, 105-113.
- Referencial Técnico para os Psicólogos Escolares (2016). República Portuguesa - Direção-Geral da Educação. Lisboa: Direção-Geral da Educação. Retirado de [https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Psicologia/referencial\\_consulta\\_publica\\_dez2016.pdf](https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Psicologia/referencial_consulta_publica_dez2016.pdf)

Rodrigues, M. C., Dias, J. P., e Freitas, M. (2010). Resolução de problemas interpessoais: promovendo o desenvolvimento sociocognitivo na escola. *Psicologia em Estudo*, 15(4), 831-839.

Rodríguez, J. e Llinares, M. (2008). El rol del psicomotrista. *Revista Interuniversitaria de Formación del Profesorado*, 62, 35-60.

Saint-Cast, A. (2004). Modalidades de avaliação do perfil psicomotor da criança. *A Psicomotricidade*, 4, 7-21.

Scopel, R. R., Souza, V. C., e Lemos, S. M. A. (2012). A influência do ambiente familiar e escolar na aquisição e no desenvolvimento da linguagem: revisão de literatura. *Revista CEFAC*, 14(4), 732-41.

Shevell, M. (2010). Present Conceptualization of Early Childhood Neurodevelopmental Disabilities. *Journal of Child Neurology*, 25, 120-126.

Shevell, M., Ashwal, S., Donley, D., Flint, J., Gingold, M., Hirtz, D.,...Sheth, R. (2003). Practice parameter: Evaluation of the child with global developmental delay: Report of the Quality Standards Subcommittee of the American Academy of Neurology and The Practice Committee of the Child Neurology Society. *Neurology*, 60, 367-380.

Shevell, M., Majnemer, A., Platt, R., Webster, R. e Birnbaum, R. (2005). Developmental and functional outcomes in children with global developmental delay or developmental language impairment. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47, 678–683.

Silva, E. e Albuquerque, C. (2011). Atraso do Desenvolvimento: a imprecisão de um termo. *Psicologia, Saúde, & Doenças*, 12(1), 19-39.

Simms, M. (2007). Language Disorders in children: Classification and clinical Syndromes. *Pediatric Clinics of North America*, 54, 437-467.

Sociedade Portuguesa de Neuropediatria [SPNP] (2018). Atraso na linguagem. Retirado em setembro de 2018 de <https://neuropediatria.pt/index.php/pt/para-os-pais/atraso-na-linguagem>

Srour, M., Mazer, B., Shevell, M. (2006). Analysis of clinical features predicting etiologic yield in the assessment of global developmental delay. *Pediatrics*, 118(1), 139-145.

Stambolian, D., Sellinger, B., Derrington, D., Sargent, R. e Emanuel, B. S. (1992). Cytogenetic and molecular investigation of a balanced Xq13q translocation in a patient with retinoblastoma. *American Journal of Medical Genetics*, 42(6), 771-776. doi: [10.1002/ajmg.1320420604](https://doi.org/10.1002/ajmg.1320420604)

Sundheim, S. e Voeller, K. (2004). Psychiatric implications of language disorders and learning disabilities: risks and management. *Journal of Child Neurology*, 19(10), 814-826.

Tervo, R. (2003). Identifying Patterns of Developmental Delays Can Help Diagnose Neurodevelopmental Disorders. *A Pediatric Perspective*, 12(3), 1-6.

Tiresh, E., e Jaffe, M. (2011). Global Developmental Delay and Mental Retardation - a pediatric perspective. *Developmental Disabilities Research Reviews*, 17, 85–92.

Valdés, M. T. M. (2003). Estratégias de Aprendizaje: Bases para la Intervención Psicopedagógica. *Revista Psicopedagogia*, 20. Retirado de <http://www.revistapsicopedagogia.com.br/detalhes/457/estrategias-de-aprendizaje--bases-para-la-intervencion-psicopedagogica>

Vidigal, M. J. (2005). Introdução. In M. J. Vidigal (Ed.), *Intervenção Terapêutica em Grupos de Crianças e Adolescentes* (pp. 15-40). Lisboa: Trilhos Editora.

Vieira, C. R., Escalhão, R. e Eça, M. (2015). Integración de una joven com una enfermedad rara en la educación regular – estudio de caso de una translocación X-13. *Atención Temprana y Educación Familiar*, 13(8), 579-584.

Viholainen, H. Lyytinen, P. Cantell, M., Tolvanen, A. e Lyytinen, H. (2007). Early motor development and later language and reading skills in children at risk of familial dyslexia. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 48, 367-373.

Walters, A. (2010). Developmental Delay – Causes and Investigation. *Paediatric Neurology*, 10(2), 32-34.

Wong, V. (2011). Global developmental delay – a delay in development of terminology. *Developmenta Medicine & Child Neurology*, 585.

World Health Organization [WHO] (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps – A Manual of Classification Relating to the Consequences of Disease*. Geneva: World Health Organization.



## **Anexos**

Anexo A – Descrição do Método Pedagógico Movimento da Escola Moderna

Anexo B – Póster de Estágio

Anexo C – Ficha de Registo Schedule of Growing Skills II

Anexo D – Anamneses das Crianças do Externato *A Ritinha*

Anexo E – Planeamentos e Observações das Crianças do Externato *A Ritinha*

Anexo F – Sociograma

Anexo G – Planeamentos das Sessões do Programa de Promoção de Competências Sociais

Anexo H – Testemunhos dos Alunos que Participaram no Programa de Promoção de Competências Sociais

Anexo I – Checklist de Observação

Anexo J – Anamnese do Estudo de Caso PD

Anexo L – Observações do Comportamento e Desempenho do PD em Sala de Aula

Anexo M – Anamnese do Estudo de Caso AF

Anexo N – Planeamentos e Observações das Sessões do AF

Anexo O – Imagens dos Resultados da Avaliação Inicial e Final do AF

Anexo P – Ficha de Registo do Inventário para Observação do Desenvolvimento

Anexo Q – Planeamentos e Observações das Sessões da MP